

# 健康保険 被扶養者（異動）届兼扶養状況確認書

常务理事	事務長	係員	担当者

令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

被保険者からの届出であることを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ( )

確認者 (担当者印)

被保険者本人の届出意思を確認しました。

上記に  がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

健保受付印

資格確認書が必要な場合は、「資格確認書発行依頼理由書」を提出ください。

No.1

被保険者等記号	(フリガナ) ○○○○	氏名 (氏) ○○○○ (名) ○○○○	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日	性別	男 女
被保険者等番号	***	フリガナを記入してください。				
		住民票に記載されている住所を都道府県から記入してください。				
		※住民票に記載されている住所をご記入ください (例：東京都中野区中野4丁目-10番-2号)				
		フリガナを記入してください。				
		住民票住所と居所が相違する場合、居所を都道府県から記入してください。				
登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます)		同様				

氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	続柄 *	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日	性別	男 女
マイナンバー * * * * *	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	別居の場合はその住所			
登録するメールアドレス (健保からのお知らせが届きます)	必ず、健(検)診等のお知らせが直接届きますので必ず記入してください。携帯、PCどちらでも可。				
健保組合認定日	令和 * 年 * 月 * 日	被扶養者になった日	令和 * 年 * 月 * 日	扶養の理由	配偶者の就職 離職 収入減 その他
被扶養者でなくなった日	令和 * 年 * 月 * 日	保険証回収日	令和 * 年 * 月 * 日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日 R ** 年 ** 月 ** 日) 死亡 (死亡日 R ** 年 ** 月 ** 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R ** 年 ** 月 ** 日) その他 ( R ** 年 ** 月 ** 日)
被扶養者の収入	***円	被扶養者の収入	***円	削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要
				資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要

氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	続柄 **	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日	性別	男 女
マイナンバー * * * * *	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	別居の場合はその住所			
被扶養者でなくなった日	令和 * 年 * 月 * 日	保険証回収日	令和 * 年 * 月 * 日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日 R ** 年 ** 月 ** 日) 死亡 (死亡日 R ** 年 ** 月 ** 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R ** 年 ** 月 ** 日) その他 ( R ** 年 ** 月 ** 日)
被扶養者の収入	***円	被扶養者の収入	***円	削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要
				資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要

氏名 (フリガナ) ○○○○ (氏) ○○○○ (名) ○○○○	続柄	生年月日	昭和 * 年 * 月 * 日	性別	男 女
マイナンバー * * * * *	同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>	別居の場合はその住所			
被扶養者でなくなった日	令和 * 年 * 月 * 日	保険証回収日	令和 * 年 * 月 * 日	被扶養者でなくなった理由	就職 (就職日 R ** 年 ** 月 ** 日) 死亡 (死亡日 R ** 年 ** 月 ** 日) 後期高齢者 (75歳の誕生日 R ** 年 ** 月 ** 日) その他 ( R ** 年 ** 月 ** 日)
被扶養者の収入	***円	被扶養者の収入	***円	削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行が必要
				資格確認書	<input type="checkbox"/> 発行が必要

健保組合の財源は、皆さんと事業主からいただいている保険料です。予防事業として健(検)診等を実施していますので、積極的に参加し、医療費の節減に協力してください。なお、一部の給付および家族健診やがん検診等の補助金は、在籍中に限り、事業主を通じて被保険者にお支払いします。

令和6年11月20日現在

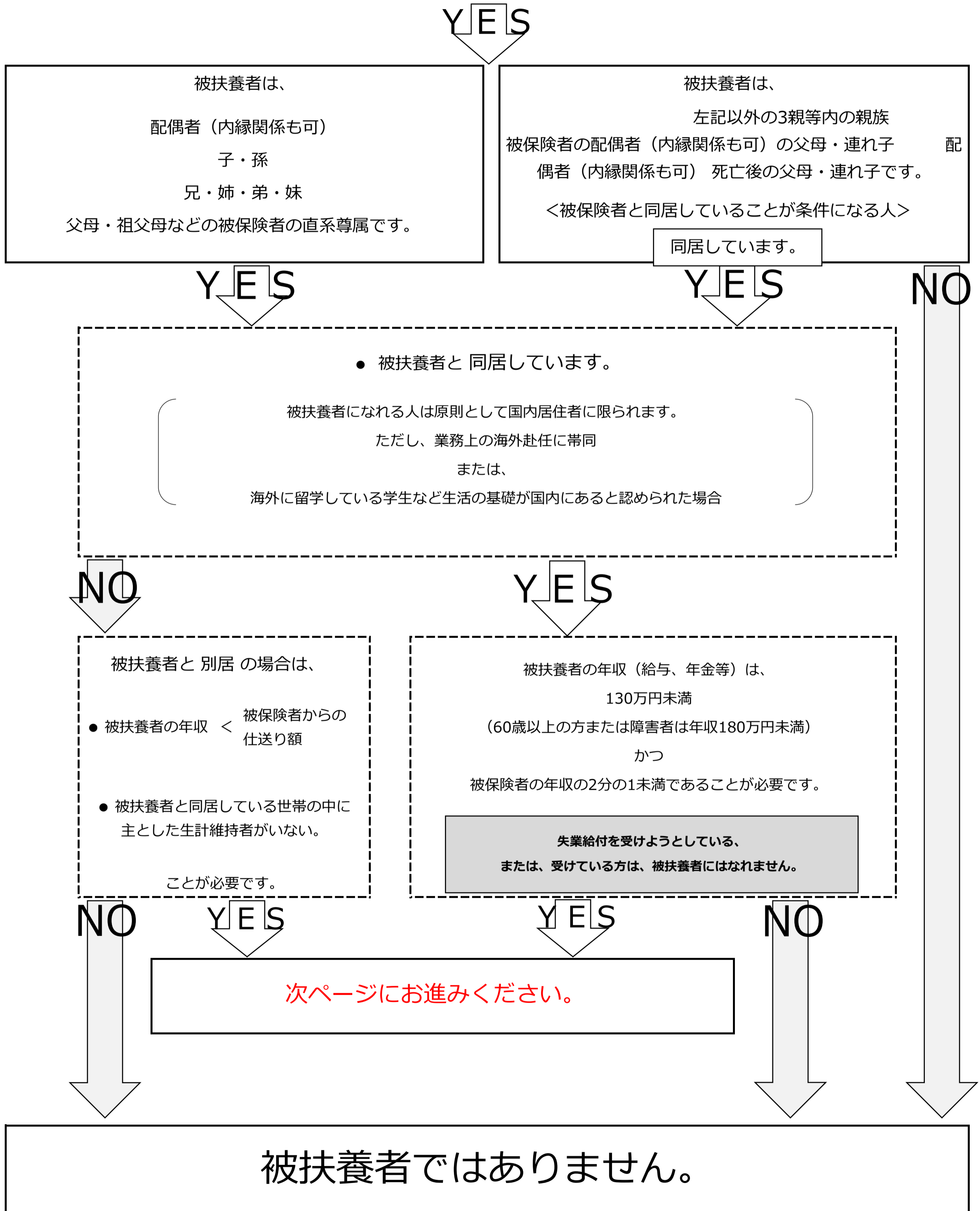
# HOYA健康保険組合 “扶養状況事前チェックシート”

※健康保険の扶養とは、「主として被保険者により生計維持している。」状態をいいます。※

※扶養認定および再認定時に、「主とした生計維持者になれる可能性のある方に関する収入に関する証明が必要です。※

被扶養者は、75歳未満です。（75歳以上は後期高齢者医療制度の対象者のため被扶養者になれません。）

=== 被扶養者の追加申請をする前に、下記内容をチェックしてください。 ===



# 家族を健保の被扶養者とするときの申請証明書類について

まず最初に、扶養状況確認書の「扶養状況事前チェックシート」でチェックし、扶養申請できることを確認してから下記をご確認ください。

被扶養対象者の年齢	所得に関する提出証明書類（コピー可）		世帯全員の住民票が必ず必要	別居の時は + 直近3ヶ月の仕送り証明
0～17歳	不要			
18～59歳	無職・アルバイト等	直近の所得証明 or 直近の源泉徴収票 or 直近の非課税証明		
	退職	離職票1、2（原本）または雇用保険資格喪失通知書（原本）		
	失業給付受給後	失業給付を受け終わったが就職できなかったときは、失業給付受給資格者証（原本）		
	雇用形態の変更	変更後の雇用契約書		
60～74歳	無職・アルバイト等	直近の所得証明 or 直近の源泉徴収票 or 直近の非課税証明		
	退職	離職票1、2（原本）または雇用保険資格喪失通知書（原本）		
	失業給付受給後	失業給付を受け終わったが就職できなかったときは、失業給付受給資格者証（原本）		
	雇用形態の変更	変更後の雇用契約書		
	+			
	年金受給者	年金を受給しているときは、年金通知書		
75歳からは後期高齢者制度に加入します。				

収入に関する証明は上記の通りです。  
 （収入がないときは収入が0円であることを証明する非課税証明が必要です）  
 扶養申請対象者に被保険者以外の生計維持している親族がいるときは、その親族の前年の収入を確認できる証明書が必要です。

**【夫婦共同扶養に関する審査】**  
**配偶者を扶養していない方で、配偶者以外を扶養申請する場合は下記の証明書を提出してください。**  
 【夫婦共同扶養】に該当しますので、ご夫婦のどちらが主とした生計維持者であるかを確認するために、被保険者および配偶者の過去・現在・将来の所得に関する証明が必要です。

被保険者	入社時	新規	出生時の出産者
<過去>	直近の所得証明または源泉徴収票	直近の所得証明または源泉徴収票	直近の所得証明または源泉徴収票
<現在>	入社時報酬月額、※ i 賞与見込み	直近3ヶ月の給与明細 + 1年間の賞与明細	直近3ヶ月の給与明細 + 1年間の賞与明細
<未来>	雇用契約書	雇用契約書	※ ii 育休期間、給与支給有無証明

配偶者	一般	新規	出生時の出産者	
		<過去>	直近の所得証明または源泉徴収票	直近の所得証明または源泉徴収票
		<現在>	直近3ヶ月の給与明細 + 1年間の賞与明細	直近3ヶ月の給与明細 + 1年間の賞与明細
	<未来>	雇用契約書	※ ii 育休期間、給与支給有無証明	
	自営業	<過去>	直近の所得証明および確定申告控え（内訳表込み）	直近の所得証明および確定申告控え（内訳表込み）
<現在>		自営収入見込み	自営収入見込み	
<未来>				

※ i 賞与見込みは、被保険者が労働契約書等で確認し証明する  
 ※ ii 育休期間、給与支給有無証明は、事業主が証明する  
 ◆ 所得証明書や非課税証明書は、住民票のある役所の窓口で発行依頼してください

証明書類は、状況に応じて別途提出していただくこともあります。

被扶養者認定後も、毎年、再認定審査を行います。

このページは提出 <不要> です。

=== 複数の被扶養者を申請するときは各被扶養者毎に提出してください。 ===

(事業所間異動時は不要)

扶養申請対象者	(氏) ○○○	(名) ○○○○	続柄 *	生年月日	昭和 平成 令和	*	年 *	月 *	日 *	年齢 **	性別	男	女				
1	扶養申請理由 === いずれかの左の □ に ☑ をしてください。 その他のときは理由を詳しくご記入ください。 ===																
	<input type="checkbox"/>	被保険者の入社	<input type="checkbox"/>	退職	<input type="checkbox"/>	結婚・出産・介護	<input type="checkbox"/>	病気療養等	<input type="checkbox"/>	出生	<input type="checkbox"/>	その他 (					
2	扶養申請対象者の前健康保険加入状況 === いずれかの左の □ に ☑ をしてください。 無保険のときは資格喪失日をご記入ください。 ===																
	<input type="checkbox"/>	国民健康保険	<input type="checkbox"/>	健康保険組合	<input type="checkbox"/>	任意継続保険	<input type="checkbox"/>	その他 (共済組合など)	前健保資格喪失日	令和	年	月	日				
3	扶養申請対象者の現在の状況 === いずれかの左の □ に ☑ をしてください。 その他のときは理由を詳しくご記入ください。 ===																
	<input type="checkbox"/>	未就学	<input type="checkbox"/>	学生	<input type="checkbox"/>	就業者および自営業者	<input type="checkbox"/>	退職者 (退職日)	令和	*	年 *	月 *	日 *	⇒	任意継続保険加入	有	無
	<input type="checkbox"/>	年金等受給者	(老齢基礎年金)	(老齢厚生年金)	(遺族年金)	(障害年金)	(企業年金)	=== 年金の種類を ○ で囲んでください。 ===									
	<input type="checkbox"/>	雇用保険受給	有	無	受給終了日	令和	*	年 *	月 *	日 *	<input type="checkbox"/>	無職・無収入	<input type="checkbox"/>	その他			
4	扶養申請対象者には被保険者以外に生計維持している親族がいますか？ 有 無 === いずれかを ○ で囲んでください。 ===																
	有 の場合はその親族の所得に関する証明書の提出が必要です。																
5	被保険者 (申請者) の生計費 === 健康保険における扶養関係とは【被扶養者は被保険者によって主とした生計維持されている関係】を指します。 下記、生計費 (生きていくために必要な費用) は扶養認定審査上必要な情報です。 ===																
被保険者																	
収入	給与 (標準報酬月額)	*****	円	健保使用欄													
	行政からの子供手当等 (月額)	*****	円														
	合計	0	円														
	EXCEL版は計算式が入っています。																
扶養申請対象者																	
収入	給与等 (月額)	*****	円	支出 ↑ 別居 の場合 ↓	項目	費用負担者	送金先	月額	健保使用欄								
	年金等 (月額)	*****	円		住居費 (家賃・住宅ローン等) (月額)	○○○○	●●●	*****	円								
	<別居の場合> 被保険者からの仕送り (月額)	*****	円		食費 (月額)	○○○○	●●●	*****	円								
	<別居の場合> 被保険者以外からの仕送り (月額)	*****	円		水道・光熱費 (月額)	○○○○	●●●	****	円								
	合計	0	円		合計				0	円							
	6	誓約欄 === 各項目の左の欄に、チェック ☑ をしてください。 ===															
<input type="checkbox"/>	HOYA健康保険組合が実施している家族の健康維持・予防事業としての健 (検) 診等の対象者である場合は、積極的な参加を促し、医療費の節減に協力します。																
<input type="checkbox"/>	扶養申請対象者の年間収入が被保険者の収入の1/2を超過した。もしくは、130万円 (60歳以上または障害者は年収180万円) を超過したときは、被扶養者を削除するために、5日以内に「被扶養者 (異動) 届」に「健康保険被保険者証」を添付し事業主を経由して提出します。																
<input type="checkbox"/>	被扶養者が別居になった場合は、再度扶養認定審査を受けます。																
<input type="checkbox"/>	「雇用保険の受給開始」または「就職」したときは、5日以内に「被扶養者 (異動) 届」に「健康保険被保険者証」を添付し事業主を経由して提出します。																
<input type="checkbox"/>	扶養削除手続きが遅延しても、「事由発生日」にさかのぼり、扶養削除となることに対し、異議申し立てしません。																
<input type="checkbox"/>	扶養削除対象者が、削除事由発生日後に、HOYA健康保険組合の健康保険証を使用したときは、その医療費を全額返納します。																

=== 提出前に ☑ もれがないか再度確認してください。 ===

HOYA健康保険組合 理事長殿

上記の記載事項に相違ないことを誓約し申請します。

被保険者

氏名

○○○

○○○○

退職直後で離職票1、2が未発行のため提出できない方の誓約書

被扶養対象者氏名	○○ ○○○									
退職日	令和	*	年 *	月 *	日 *	離職票提出予定日	例えば・・・令和○年○月末			
上記に記載しました、離職票提出予定日までに提出しなかったときは、被扶養者認定日にさかのぼり、被扶養者認定を取り消されることを了承します。										

# 離職票提出時の届出書

== 被扶養者認定後、離職票が発行されましたら提出する際この届出書をご使用ください。 ==

被保険者記号	被保険者番号		(氏)	(名)		(氏)	(名)
〇〇〇	〇〇〇〇	被保険者	〇〇〇	〇〇〇〇	被扶養者	〇〇〇	〇〇〇〇

提出を予定しておりました、離職票1と2が発行されましたので、ここに提出をさせていただきます。

離職票1と2の原本を添付いたします。

今後、失業給付を受給する時は、被扶養者を外れる届出をすることをお誓いいたします。

万一、届出を怠った場合には、被扶養者資格を認定日にさかのぼり削除されることがあることに同意いたします。

退職により被扶養者申請事をする際に  
離職票1、2が未発行のため添付できないときに  
後日発行された時点で健保へ提出ます。  
その際の添付の表紙としてご使用ください。

確かに、離職票1と2の原本を受領いたしました。

内容を確認させていただきましたので、離職票1と2の原本を返却いたします。

ご協力ありがとうございました。

令和 年 月 日 担当：HOYA健保/松永