

記入例 1

健康保険被扶養者異動届 増・継続

この届書は、ご家族を健康保険の被扶養者として【増やす、継続させる】等の異動が生じた場合に、事業主を経由して5日以内に組合に提出するものです。
 ※「記入上の注意」をお読みになって記入してください。
 ※ 記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

確認欄にチェックを入れることにより押印を省略できます
 チェック漏れは受理出来ません

事業主にこの届出を提出する日付を必ず記入してください

① 被保険者欄	確認欄	左記載欄に☑して下さい ①申請者本人が作成したものである ②記載内容について申請者本人が確認している		健康保険被保険者証【記号-番号】 〇〇 - ×××××××				提出日 令和〇〇年▲月△日提出							
	ふりがな	ぜんのう たろう		年齢	性別	生年月日	元号	年	月	日	資格取得年月日	元号	年	月	日
	氏名	全農 太郎		38	男	昭〇△×	昭	〇	△	×	平	〇	△	×	
住民票住所	〒 〇〇〇〇〇〇		住民票の住所を記入 ※郵便番号必須				被保険者の資格取得の場合、()の該当する項目を○で囲って下さい								
② 申請者のみ	異動理由発生日	令	〇	△	×	届出理由	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(<input checked="" type="checkbox"/> 入社・ <input type="checkbox"/> 転籍・ <input type="checkbox"/> 再雇用・ <input type="checkbox"/> 任意継続) <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入減少(契約変更、転職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 他、具体的に(資格確認書の交付(☑を入れる)				
	ふりがな氏名	ぜんのう はなこ		性別	生年月日	年齢	続柄	被保険者と住民票上の同居別居	現在の状況	<input type="checkbox"/> A同居 <input type="checkbox"/> B別居 <input type="checkbox"/> C別居					
	氏名	全農 花子		男・女	昭〇△×	38	妻	同居	無職	交付が必要な場合、資格確認交付申請書を必ず添付してください					
	《異動理由発生日》		◆被保険者の入社日・転籍日・再雇用日 ◆退職：退職日の翌日 ◆結婚：婚姻日 ◆収入が限度以下：雇用契約変更日 ◆その他：健保にて判断します												
③ 該当者のみ回答	① 被保険者と住民票上の関係欄で、B:別居に☑をした方は回答ください		別居の理由 <input type="checkbox"/> 単身赴任・通学の為 <input type="checkbox"/> その他(理由必須:												
	② 配偶者が当健保の扶養に加入せず、お子様のみを申請する場合はA~Cの該当する項目に☑を入れて下さい。		単身赴任とは、事業主の認める規定・規則による単身赴任の事です。												
	<input type="checkbox"/> A 配偶者は他の健保の被保険者である <input type="checkbox"/> B 配偶者がいない(理由: <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> C 配偶者は当健保の被保険者である		(A)に該当する場合、夫婦共同扶養の収入確認書(適用様式6)を提出ください												
配偶者の記号		〇〇		番号		1234555				氏名		全農 みどり			
④ 事業主記入欄	被保険者年収額	①今後1年間の見込額		◆任意継続の場合は、記入不要		事実と相違ないことを証明します。 全農健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日提出									
		6,200,000 円		①今後1年間です		所在地									
		②前年度		◆前年の源泉徴収票の支払額を記入 ◆新規採用・転籍の場合は、記入不要		名称 役職 氏名									
	5,800,000 円		事業所記入欄												

注) 健康保険法施行規則第50条および厚生労働省通知等により、健康保険組合は、認定後も毎年扶養状況の確認を行うことになって
 います。給与明細書や送金(仕送り)等の確認書類はいつでも提出できるように保管しておいてください。

記入例2
出生の届出

*夫婦がともに働いていて、共同で扶養している場合(夫婦共同扶養) 子供は、年間収入の多い方の被扶養者となります。
夫婦共同扶養の収入確認書(適用様式6)もあわせて提出下さい。
*出生の場合、マイナンバーカードの交付を特急発行(無料)することもできますのでお住いの市区町村へお問い合わせください。

健康保険被扶養者異動届 増・継続

この届書は、ご家族を健康保険の被扶養者として【増やす、継続させる】等の異動が生じた場合に、事業主を経由して5日以内に組合に提出するものです。

※「記入上の注意」をお読みになって記入してください。※ 記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

確認欄にチェックを入れることにより押印を省略できます
チェック漏れは受理出来ません

事業主にこの届出を提出する日付を必ず記入してください

① 被保険者欄	確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>	左記載欄に☑して下さい ①申請者本人が作成したものである ②記載内容について申請者本人が確認している	健康保険被保険者証【記号-番号】 〇〇 - ××××××××				提出日 令和〇〇年▲月△日提出						
	ふりがな	ぜんのう たろう	年齢	性別	元号	年	月	日	資格取得年月日	元号	年	月	日
	氏名	全農 太郎	32	男	平	〇	△	×	平	〇	△	×	
住民票住所	〒 000-0000 〇〇県 〇〇市〇〇××-×× 住民票の住所を記入 ※郵便番号必須												
② 申請者のみ	異動理由発生日	令	〇	△	×	届出理由☑を入れる	<input type="checkbox"/> 被保険者の資格取得(入社・転籍・再雇用・任意継続) <input type="checkbox"/> で囲う <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 収入減少(契約変更、転職) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 他、具体的に(
	ふりがな氏名	ぜんのう はなこ	性別	男・女	生年月日	年齢	続柄	被保険者と住民票上の同居	現在の状況	資格確認書の交付(☑を入れる)			
	全農 花子	女	令	〇	△	×	0	長女	<input checked="" type="checkbox"/> A同居 <input type="checkbox"/> B別居 チェックを入れる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	《異動理由発生日》出生は、生年月日 同別居は、住民票上の住所で判断します。 別居の理由がBの場合、下記③-①を回答下さい												
③ 該当者のみ回答	① 被保険者と住民票上の関係欄で、B:別居に☑をした方は回答ください												
	別居の理由	<input type="checkbox"/> 单身赴任・通学の為 <input type="checkbox"/> その他(理由必須: 単身赴任とは、事業主の認める規定・規則による単身赴任の事です。											
	② 配偶者が当健保の扶養に加入せず、お子様のみを申請する場合は、(A)に該当する場合、夫婦共同扶養の収入確認書(適用様式6)を提出ください <input type="checkbox"/> A 配偶者は他の健保の被保険者である <input type="checkbox"/> B 配偶者がいない(理由: <input type="checkbox"/> 離別・ <input type="checkbox"/> 死別・ <input type="checkbox"/> その他(<input checked="" type="checkbox"/> C 当健保の被保険者である 記号番号・氏名を記入することにより配偶者の「源泉徴収票」「所得証明書」は不要												
配偶者の記号		〇〇	番号	1234555				氏名				全農 みどり	
④ 事業主記入欄	被保険者年収入	①今後1年間の見込額		◆任意継続の場合は、記入不要		事実と相違ないことを証明します。 全農健康保険組合 理事長殿 令和 年 月 日提出							
	6,200,000 円		①今後1年間です				所在地 名称 役職 氏名 事業所記入欄						
	②前年度	5,800,000 円		◆前年の源泉徴収票の支払額を記入 ◆新規採用・転籍の場合は、記入不要									

チェックを入れ、申請書もあわせて提出する必要があります

注) 健康保険法施行規則第50条および厚生労働省通知等により、健康保険組合は、認定後も毎年扶養状況の確認を行うことになって
います。給与明細書や送金(仕送り)等の確認書類はいつでも提出できるように保管しておいてください。