

健康保険被扶養者異動届（認定）

常務理事	事務長	係 員	係 員

年月日は和暦でご記入下さい。 ※太枠内をご記入ください

この届の記入事項は事実に相違ありませんので届出ます。																	
健康保険被保険者証	記号	1	番号	1234	社員番号	1234 - 5	被保険者氏名	健保 太郎									
生年月日	5・昭和	57	年	5	月	7	日	資格取得年月日	9・令和	2	年	6	月	1	日	事業所	サカタインクス 大阪本社
被保険者現住所		〒		550-0002		大阪市西区江戸堀1-23-37 江戸堀ハイツ202											

被扶養者氏名	フリガナ	ケンボ イチロウ	生 年 月 日	年齢	性別	続 柄	加 除 印						
	健保 一郎	7・平成	13	年	1	月	3	日	18	男	妻・長男・長女等 詳しく	長男	
	32 Quincy Street Cambridge, MA 02138	①	職業	収入月額	0								
被保険者の就職に伴う場合は被保険者の入社日		令和		2	年	6	月	1	日	認定理由 (詳しく)	1・被保険者の就職	対象者が日本国外に居住しているが、居住要件の例外に該当する場合は記入	
扶養をはじめた日		令和		2	年	6	月	1	日	備考			米国留学中

被扶養者氏名	フリガナ	ケンボ ジロウ	生 年 月 日	年齢	性別	続 柄	加 除 印						
	健保 次郎	9・令和	2	年	6	月	3	日	0	男	妻・長男・長女等 詳しく	二男	
	東京都文京区後楽1-4-25 後楽タワー303	新生児	0										
対象者の出生による場合は誕生日		令和		2	年	6	月	3	日	認定理由 (詳しく)	2・出生	その他の場合の理由 ()	
扶養をはじめた日		令和		2	年	6	月	3	日	備考			

被扶養者氏名	フリガナ	サカタ ハナ	生 年 月 日	年齢	性別	続 柄	加 除 印						
	阪田 花	7・平成	25	年	2	月	5	日	7	女	妻・長男・長女等 詳しく	養女	
	文京区後楽1-4-25 後楽タワー303	小学生	0										
対象者が被保険者により生計維持するに至った日		令和		2	年	6	月	2	日	認定理由 (詳しく)	3・その他	その他の場合の理由 (6/2養子縁組のため)	
扶養をはじめた日		令和		2	年	6	月	2	日	備考			

※日本国内に対象者の居住の事実がない場合は、国内居住要件の例外(★)を確認し、該当すれば届をご提出下さい。

【被扶養者認定申請に関する誓約】□	
今回申請する認定対象者については、私が主たる生計維持者であり、申請の内容に虚偽がないことを誓約致します。□ 申告後、被扶養者の収入が超過した場合や状況に変更があった場合は、速やかに異動手続きを行います。健保組合への報告義務を怠った場合や本申告が事実と相違していることが判明した場合には、遡って被扶養者資格の取消し及び健保組合が負担した医療費や給付金などを当該期間全てにわたり返還することを誓約いたします。	
被保険者氏名 健保 太郎 印	

申請日 令和 2 年 6 月 4 日 ※申請日の記入必須

サカタインクス健康保健組合 理事長殿

直筆で署名し、捺印してください。

事業主の証明	上記の申請に相違無いことを証明する。	住 所
	年 月 日	事業主
	氏 名	印

注意 1.鉛筆書き、記入漏れは受付られません。
2.続柄は詳しく記入して下さい。(実母・養母・長男・二男・・・等)
3.別途、状況・扶養の事実を証明する書類が必要です。

受付印

色つき部分は、必ず記入していただく欄となります。

- | | | |
|------|---|----------------|
| ブルー | : | 記入してください。 |
| ピンク | : | 該当項目を選択してください。 |
| イエロー | : | 直筆で署名してください。 |

一枚目の色つきの部分に入力されると、自動的ニ枚目にも同じ内容が入力されます。
ニ枚とも提出して下さい。

記入例（認定申請）はこちら

原則として**事実発生日から5日以内**に、必要書類を添えて届出してください。

対象者の状況を証明する **必要書類** はこちら

提出先

在職者 : 各事業所の総務・人事担当部門
任意継続被保険者 : 健康保険組合

認定理由と扶養をはじめた日

- ・ 1 被保険者の就職・・・被保険者の就職日（従前より被保険者の収入で生計維持していた場合）
- ・ 2 出生・・・生まれた日
- ・ 3 その他
（婚姻）・・・入籍し同居により被保険者の収入で生計を立て始めた日
（退職により無職無収入となった場合で雇用保険を受給しない場合）・・・退職日の翌日
（就労形態・雇用条件が変わり収入が激減することになった場合）・・・新しい雇用契約のへ発効日
（配偶者の収入が激減し、主たる生計維持者が被保険者となった場合）・・・その事実を確認した日

認定申請の注意

- 生計維持の**事実発生日から5日以内に必要書類を添え提出**して下さい。書類が遅れると認定日が遅くなることがあります。
 - ・ 対象者の**居住状況**や被保険者との**続柄**を公的書類で確認します。
 - ・ 対象者の**職業**や**収入**状況を公的書類および所属団体（学校・就労先）の証明により確認します。（義務教育以下不要）
 - ・ 対象者の直前の健康保険を確認します。
- 対象者や被保険者の状況により、追加で書類をご提出いただくことがあります。
- **対象者に被保険者以外の扶養義務者がある場合は、その扶養義務者(*)の収入等を確認いたします。**
* 扶養義務者の例：対象者が"子"の場合はその子の親たる配偶者・元配偶者。"孫"の場合はその子の両親＞他の祖父母。
父または母の場合は、対象者の配偶者＞対象者の全ての子（被保険者の兄弟姉妹。扶養義務は性別や出生順によらない）
祖父母の場合は対象者の配偶者＞対象者の全ての子＞対象者の全ての孫（被保険者の兄弟姉妹・いとこ）
- 日本国内に「住民票が無い」または「居住の事実が無い」などの場合は、原則として認定できません。
但し、国内居住要件の例外に該当の場合(★参照)は、別途「国内居住要件例外該当届」とその**必要書類を提出**ください。
- 日本国内に住民票があっても療養など一時的滞在である場合は、原則として認定できません。

★「国内居住要件の例外」は次の何れかに該当する場合（別途「**国内居住要件例外該当届**」の提出が必要です）

- ① 外国において留学をする学生
- ② 外国に赴任する被保険者に同行する者
- ③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
- ④ 被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められる者
- ⑤ ①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

