

正  
副

# 健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当者

【申請ルート】本人 → 事業主(原籍会社) → 健康保険組合

被保険者(本人)		資格取得年月日	年 月 日	標準報酬月額	千円
記号	番号	届出内容	<input type="checkbox"/> 健保扶養へ追加 <input type="checkbox"/> 健保扶養を取消す	会社名 (原籍)	
氏名	フリガナ	生年月日	性別	事業所名 所属	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	連絡先	
現住所 実際に住んでいる住所	〒 -				
住民票住所	〒 -				
<input type="checkbox"/> 現住所と同じ(記入不要)					

被扶養者(家族)		申請する方のみ記入(変更のない方は記入不要)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
氏名	フリガナ	個人番号 ※取消の際は記入不要		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
				続柄	収入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	現住所 (実際に住んでいる住所)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 -	電話番号	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる →	〒 -	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	
追加	申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得 <input type="checkbox"/> 受給終 <input type="checkbox"/> その他( )	資格確認書発行 発行が必要 <input type="checkbox"/>	健保記入欄 被扶養者になった日 令和 年 月 日	
	事由発生年月日	令和 年 月 日	※交付申請書要提出		
取消	申請理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 受給始 <input type="checkbox"/> その他( )	資格確認書回収 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 回収日	被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	
	事由発生年月日	令和 年 月 日			
資格喪失証明		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	保険証添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 回収日		

被扶養者(家族)		申請する方のみ記入(変更のない方は記入不要)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
氏名	フリガナ	個人番号 ※取消の際は記入不要		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
				続柄	収入 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
住所	現住所 (実際に住んでいる住所)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 -	電話番号	
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ <input type="checkbox"/> 現住所と異なる →	〒 -	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	
追加	申請理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得 <input type="checkbox"/> 受給終 <input type="checkbox"/> その他( )	資格確認書発行 発行が必要 <input type="checkbox"/>	健保記入欄 被扶養者になった日 令和 年 月 日	
	事由発生年月日	令和 年 月 日	※交付申請書要提出		
取消	申請理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 受給始 <input type="checkbox"/> その他( )	資格確認書回収 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 回収日	被扶養者でなくなった日 令和 年 月 日	
	事由発生年月日	令和 年 月 日			
資格喪失証明		<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	保険証添付 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 回収日		

事業主記入欄	
上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。 令和 年 月 日 提出	
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	発信者印

※受付日付印

住所、事業所名、事業主名/代理人名 はゴム印を使用してください。

## 被扶養者の加入条件

### 1. 三親等以内の親族であること（75歳未満）

- ①配偶者 ②子・孫 ③兄弟・姉妹 ④父母・祖父母 ⑤その他(健保ホームページ参照)

### 2. 収入等の基準

- 1) 被保険者によって生計を維持されていること  
2) 被保険者の収入の1/2未満の収入であること  
3) 年間収入および月収が、以下の範囲内であること

<b>60歳未満の方</b>
130万円未満/年 かつ 108,334円未満/月
<b>60歳以上の方 または 障がい年金受給の方</b>
180万円未満/年 かつ 150,000円未満/月

- \* 収入とは、1年間に受けとった給与・年金・営業所得などすべての金銭をいいます。税金等控除される前の総収入です。  
\* 年金は 老齢・遺族・障がい・基金・恩給などすべてが対象となります。  
\* 被扶養者認定をされる前の収入や一時的な収入は含みません。  
\* 失業保険・傷病手当金等を基準額以上受給している場合、加入できません。  
(基準額：60歳未満 3,612円/日、60歳以上 5,000円/)

**添付書類** 状況によって追加で他の書類をご提出いただく場合があります。

## 追加の場合

### 住民票

世帯全員分。世帯主名・続柄・マイナンバー・在留資格等が記載されたもの。発行から3か月以内のもの。  
世帯分離などで被保険者と続柄が不明な場合は、戸籍謄本等で関係を証明すること

### 扶養していない配偶者があり（共働き等）子を扶養にする場合

原則として今後の収入が多い方の扶養とする  
配偶者の直近の収入を証明するもの（公的収入証明または源泉徴収票）のコピー  
配偶者が当健保の被保険者の場合は、直近の収入証明は添付不要とし、配偶者の「記号・番号」をメモ等で提出

### これまで他健保等に加入していた場合

これまで加入していた他健保等の「健康保険資格喪失証明書」（国保加入中の場合は保険証コピーまたは資格情報のお知らせコピー）

### 満18才以上（高校生除く）の場合

「被扶養者に関する申立書(その1)」及び 該当する必要書類全て

### 日本国内に住民登録が無い場合

「海外特例要件」の該当項目をチェックし、該当する必要書類全て

## 取消の場合

### 当健康保険組合の保険証（令和7年12月1日までに資格喪失する場合）

赤マジックで大きく×印をつけるか、保険証の健保角印にバシで切り込みを入れ、返却日を記入して返却

### 就職先・勤務先の健康保険に加入した場合（資格喪失日：新たに加入した健康保険の資格取得日）

新たに加入した健康保険の資格情報のお知らせコピーまたは資格確認書コピー

### 死亡した場合（資格喪失日：死亡した日の翌日）

死亡日が確認できる書類（死亡診断書、埋葬許可証、住民票の除票 等）のコピー

### 結婚・離婚した場合（資格喪失日：結婚・離婚した日）

結婚・離婚の日付が確認できる書類（戸籍謄抄本、届受理証明書 等）のコピー  
新たに加入した健康保険の資格情報のお知らせコピーまたは資格確認書コピー

### 収入増の場合（資格喪失日：状況確認し決定）

昨年の公的収入証明※ および 本年1月から基準を超過した月までの給与明細書のコピー  
※ 自治体発行の「課税(非課税)証明書」、「所得証明書」、「所得・課税証明書」等  
自営等で事業収入・雑収入がある場合は、昨年の確定申告書コピー および 本年1月からの収入状況がわかる書類

### 雇用保険受給の場合（資格喪失日：失業給付の支給開始日）

雇用保険受給資格者証の両面コピー（待期満了日または給付制限満了日が印字されているもの）

## 海外特例要件（日本国内に住民登録が無い方）

以下の該当する番号を表面の「海外特例要件」欄にチェックし、必要書類を添付してください。

※書類等が外国語で作成されたものであるときは、その書類に翻訳者の署名がされた日本語の翻訳文の添付が必要です

番号	海外特例要件	具体例	必要書類 (内容を証明できる以下のいずれか)
①	外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書、入学証明書等の写し	査証、学生証、在学証明書、 入学証明書等の写し
②	外国に赴任する被保険者に同行するもの	家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が 発行する居住証明書等の写し
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もの	ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明、 ボランティアの参加同意書等の写し
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もの	海外赴任中に生まれた被保険者の子供 海外赴任中に現地で結婚した配偶者 海外赴任中に縁組を結んだ特別養子	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
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	留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在任中に生まれた子供等	出生や婚姻等を証明する書類等の写し等