

取扱注意

増

健康保険被扶養者異動届 (扶養するとき)

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

健保受付

健康保険組合 記入欄					
異動年月日					補記事項
号	年	月	日		
令和					
万円 ×		=	万円 /2=		万円

事業主 (事業主代理人) 記入箇所	
下記の通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	
電話番号	

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

確認欄	この届出は、自署または以下の要件に該当し、「確認欄」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた場合は押印を省略することができます。
<input type="checkbox"/>	【要件】この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。

事業主確認欄	(以下の内容に該当する場合は、事業主にて確認後、 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください)
被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。(内縁関係は省略不可)	確認欄 <input type="checkbox"/>

被保険者番号				被保険者 氏名				被保険者 生年月日		所 属 (※任意継続被保険者は記入不要)		被 保 険 者 住 民 票 住 所					
				上記に✓があれば押印省略								〒 -					
												被 保 険 者 居 所 住 所					
												〒 - ※住民票住所と同じ場合は「同上」と記入してください					
被 扶 養 者 名		性 別	続 柄 (例)長男	生 年 月 日		職 業・学 年 等 (例)パート、高校1年生、無職		収 入				申 請 事 由		扶 養 要 件 を 満 た し た 日		同 居・別 居 の 区 分	
フリガナ								収入は届出時点から向こう1年間の見込額を記入してください。収入には、非課税対象のもの(障害・遺族年金、失業給付等)も含まれます。				※下記申請事由の区分より選択ください。				※別居の場合は別居理由を記入してください。 例) 単身赴任、被扶養者の就学	
姓 名								被 扶 養 者 住 所								「資格確認書」の発行確認	
								被 扶 養 者 個 人 番 号								同 居・別 居 の 区 分	
																同 居・別 居	
																※別居の場合の理由	
																「資格確認書」の発行確認	
																右欄に「資格確認書」の発行の要否を記載してください。 記入欄 要・不要	
																同 居・別 居 の 区 分	
																同 居・別 居	
																※別居の場合の理由	
																「資格確認書」の発行確認	
																右欄に「資格確認書」の発行の要否を記載してください。 記入欄 要・不要	
遡 及 理 由 (届出遅延理由) 申立				「給 与 収 入 の み で 有 る」旨 の 申 立				記 入 に あ た っ て の 留 意 点 (ご一読ください)									
遡って認定すべき理由が有る場合は、以下の内容を確認し、該当する項目に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※原則、健康保険組合受付日が認定日です。必ず遡及できるとは限りません。				今回、届出を行う被扶養者に収入があり、その収入が「給与収入のみ」である場合は、被扶養者ごとに <input checked="" type="checkbox"/> を付け、( ) 内に氏名を記載してください。 ※ <input checked="" type="checkbox"/> を付けた被扶養者の給与収入については、当該被扶養者の労働契約内容が確認できる書類 (労働条件通知書等) により、年間収入を判定します。 ＜労働契約から見込まれる年間の給与収入の算出方法＞ 時給 × 労働時間/日 × 年間労働日数 + a (交通費など諸手当) = 年間の給与収入見込み				○届出内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定そのものを取り消すことがあります。 なお、その間に使用された医療費は全額お返しいただけます。 ○個人番号については、健康保険の届出事務に関して利用するものです。									
<input type="checkbox"/> 申請書類を揃えるまでに時間を要した。(離職票や喪失証明書が発行されない場合など) <input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 被扶養者 ( ) <input type="checkbox"/> 被扶養者 ( )				共同扶養する他保険や他組合の被保険者の年収確認									
上記の事実と相違ありません。				上記被扶養者の収入は、添付資料として提出しました労働契約内容が確認できる書類 (労働条件通知書等) に基づく給与収入のみであることを申し立てます。				○上記被扶養者を認定するにあたって、共同で生活を支えている方(「共同扶養者」という)が存在する場合、「申請者(被保険者)」と「共同扶養者」の双方の収入を確認しますので、「共同扶養」における収入額確認表と必要書類を添付してください。 ※該当する方: 被扶養者でない配偶者や届出しようとしている被扶養者と同一世帯である他健保等の被保険者(父母、兄弟、姉妹等)									
被保険者氏名: _____				被保険者氏名: _____				健保使用欄 (共同扶養者の有無) 有・無									
※署名は直筆で記入願います。				※署名は直筆で記入願います。													

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

令和8年3月更新