

【電子申請用】健康保険被扶養者異動【増】申請書

被扶養者として申請したい方それぞれについて、1~5の順に当てはまる項目ごとにチェックし、必要書類をPDF形式で添付してご提出ください。

【認定・審査に関する注意事項】

①健保組合の申請書の受付日が事由発生日から30日以内である場合、扶養認定日は事由発生日となります。30日を超えている場合、扶養認定日は受付日となります。*1ヶ月ではありません。
②状況に応じ、下記以外の書類の提出をお願いすることがありますのでご了承ください。必要書類をすべて提出しても必ず認定されるわけではありません。無保険が不安・お急ぎの場合は、国民健康保険にご加入ください。

【添付書類に関する注意事項】

①所得証明書・非課税証明書：コピー不可。
②住民票：マイナンバー(個人番号)記載なしをご用意ください。
③市区町村より取得の書類は、提出日より3ヶ月以内のものを添付ください。
④提出書類は届出後2年間は保管ください。(健保より提出を求める場合があります)
⑤この申請書を同年度内に当健保組合宛に提出している場合は、所得証明書や非課税証明書を流用できる場合があります。事業所の社会保険担当までご相談ください。

【扶養認定後に関する注意事項】

①扶養状況に異動があったときは5日以内に届出ください。届出を怠り、被扶養者資格に該当しないにも関わらず診療等の給付を受けた場合は、その給付についてすべて返納いただきます。
②本申請内容に虚偽があった場合は、受付後10日間分を遡って返納いただきます。
③健康保険法施行規則第50条に基づき、被扶養者の収入状況と別世帯被扶養者への送金状況について、年1回調査を行います。認定後も収入基準内での就業をお願いします。調査では、前年の給与明細書など収入が確認できる書類や別世帯被扶養者への毎月の送金証明書類の提出が必要になりますので、必ず保管ください。※例としてR7年度の収入調査では、R6年(2024年1月から12月までに支給された非課税分を含めた給支給額)の収入を確認します。調査対象の方には別途ご連絡します。

被扶養者として申請したい方の情報

提出日: 年 月 日

| 1 | | | | 2 | | | |
|-----------|---|--|-----------------------|-----------|---|--|-----------------------|
| 記号 | 番号 | カナ | 姓 | 記号 | 番号 | カナ | 姓 |
| 続柄 | 申請理由 | 入社 / 出生 / 結婚 / 収入減少 / 退職 / 廃業 / 扶養者の交代 その他【 】 | | 続柄 | 申請理由 | 入社 / 出生 / 結婚 / 収入減少 / 退職 / 廃業 / 扶養者の交代 その他【 】 | |
| 資格確認書発行要否 | <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 | マイナンバー(12桁) | マイナンバーはお勤め先に必ずご提出ください | 資格確認書発行要否 | <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 | マイナンバー(12桁) | マイナンバーはお勤め先に必ずご提出ください |

1.申請理由による必要書類 【全員いずれかにチェック】

| 1 | 2 | 理由 | 添付が必要な書類 | 取得先 |
|---|---|------|--|----------------|
| | | 入社 | なし(2.続柄による必要書類で確認するため) | - |
| | | 出生 | <input type="checkbox"/> 出生届のコピー または 母子健康手帳出生届出済証明欄のコピー ※父母の氏名の記載があること | 市区町村/お手元 |
| | | 結婚 | <input type="checkbox"/> 婚姻受理証のコピー または 戸籍謄本のコピー | 市区町村 |
| | | 収入減少 | <input type="checkbox"/> 収入に関する必要書類(4参照) ※前年度より減少の場合は、前年度と今年度で比較をさせていただきます | 4参照 |
| | | 退職 | <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書 または 退職したことがわかる書類 <input type="checkbox"/> 雇用保険に関する必要書類 | (旧)お勤め先 5参照 |
| | | 廃業 | <input type="checkbox"/> 廃業届のコピー | お手元 |
| | | 任継加入 | <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者制度のしおりの2ページをご確認ください | 任継しおり |
| | | 離婚 | <input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票のコピー ※続柄省略不可 | 市区町村 |
| | | 養子 | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本のコピー | 市区町村 |
| | | 収入逆転 | <input type="checkbox"/> 共働き配偶者の状況申告書 + 申告書記載の添付書類 | 健保ホームページ |
| | | その他 | ご質問は事業所の社会保険担当経由で健保へお問合せ下さい | 事業所担当者 |
| | | その他 | ご質問は事業所の社会保険担当経由で健保へお問合せ下さい | 事業所担当者 |

2.続柄による必要書類 【全員いずれかにチェック】 *扶養状況申告書は、健保ホームページのバーナーすぐ下[申請書類一覽]にご覧いただけます。

| 1 | 2 | 続柄 | 添付が必要な書類 | 取得先 |
|---|---|----------------------------------|---|---------------------------------|
| | | 配偶者 | <input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票のコピー ※続柄省略不可 <input type="checkbox"/> 最新の所得証明書 または 無収入・無所得の方は非課税証明書 <input type="checkbox"/> 扶養状況申告書 | 市区町村 市区町村 健保ホームページ |
| | | 子(実子・養子) | ④-1 子が16歳未満もしくは高校生 ※通信制や定時制課程等を除く | 市区町村 |
| | | | ④-2 上記以外 | 市区町村 市区町村 健保ホームページ |
| | | ⑥ 従業員である被保険者が既婚で配偶者がBS健保の扶養である場合 | ⑥-1 子が16歳未満もしくは高校生 ※通信制や定時制課程等を除く | 市区町村 |
| | | | ⑥-2 上記以外 | 市区町村 市区町村 健保ホームページ |
| | | ⑦ 従業員である被保険者が既婚で配偶者がBS健保の扶養でない場合 | ⑦-1 子が16歳未満もしくは高校生 ※通信制や定時制課程等を除く | 市区町村 |
| | | | ⑦-2 上記以外 | 市区町村 市区町村 健保ホームページ |
| | | 上記以外(実父母・配偶者の子、義父母等) | <input type="checkbox"/> 世帯全員が記載された住民票のコピー ※続柄省略不可 <input type="checkbox"/> 申請する家族の最新の所得証明書 または 無収入・無所得の方は非課税証明書 <input type="checkbox"/> 被扶養者申請理由書 ※16歳未満は不要 <input type="checkbox"/> 住民票に記載のある者の収入に関する必要書類(既に従業員の扶養に入っている者は除く) | 市区町村 市区町村 健保ホームページ 4参照 |

3.居住区分による必要書類 【全員いずれかにチェック】

【注意事項】 *一緒に住んでいても世帯番号が違う(世帯分離)場合は、別居となります(別居④にチェックを入れてください)。*現金手渡しは送金の証拠が残らないため認められません。
*別居の場合、送金証明は連続した3ヶ月分の提出で仮認定を受けられますが、その後必ず連続した連続3ヶ月分の送金証明を追加提出してください。追加提出がない場合は、取得日から4ヶ月目になる前日で喪失します。その場合その期間にかかった医療費の返還が求められる可能性があります。

| 1 | 2 | 居住区分 | 添付が必要な書類 | 取得先 | |
|---|---|------|---|---|------|
| | | 同居 | ①被保険者と同一世帯かつ居所住所も同じ ②被保険者の単身赴任、または被扶養者に申請したい方の施設入所等(※)による別居 ※病院・特養・老健・療養病床・障がい者入居施設等 | なし(配偶者・子・孫・兄弟姉妹・父母・祖父母・曾祖母以外は同居が認定条件) | - |
| | | 別居 | ③学生(高校生以上)で通学のため別居 | <input type="checkbox"/> 在学証明書 ※学生証不可 | 学校 |
| | | | ④被保険者と別世帯(住民票が異なる、または世帯分離をしている) | <input type="checkbox"/> 連続した6ヶ月分の送金証明として銀行振込控のコピー または 預金通帳のコピー | お手元 |
| | | | ⑤被保険者と同一世帯だが、居所住所が異なる | <input type="checkbox"/> 別居先世帯全員が記載された住民票のコピー ※続柄省略不可 | 市区町村 |

4.収入に関する必要書類 【あてはまるものすべてにチェック】 *「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書は、健保ホームページのバーナーすぐ下[申請書類一覽]にご覧いただけます。

| 1 | 2 | 収入の種類 | 添付が必要な書類 | 取得先 | |
|---|---|-----------------------|--|--|---------|
| | | 現在無収入 | なし *現在無収入であっても最新の所得証明書類に収入(所得)の記載がある場合は、5を参照しご提出ください | - | |
| | | 給与収入がある | 勤め始め、契約変更の場合 | <input type="checkbox"/> 雇用契約書のコピー | お手元 |
| | | | 健康保険喪失の場合 | <input type="checkbox"/> 健康保険資格喪失証明書のコピー | (旧)お勤め先 |
| | | | 上記以外の場合 | <input type="checkbox"/> 直近給与明細3ヵ月分のコピー | お手元 |
| | | 年金 | 受給している | <input type="checkbox"/> 最新の年金振込通知書のコピー *遺族年金や障害年金も含まれます | お手元 |
| | | | 受給していないが60歳以上 | <input type="checkbox"/> 支給が始まっていないことの証明書類(ねんきん定期便のコピー等) | お手元 |
| | | 自営業・農業・不動産賃貸等の収入がある | <input type="checkbox"/> 確定申告第1表・第2表のコピー ※税務署の受付印があること(電子申請の場合は受理日時が記載されていること)*R7.1以降税務署提出分より受付印なしLOK | お手元 | |
| | | その他の収入がある | <input type="checkbox"/> 収支内訳書のコピー または 青色申告決算書のコピー等一式 | お手元 | |
| | | 人手不足により一時的に収入が増えた月がある | <input type="checkbox"/> ご質問は事業所の社会保険担当経由で健保へお問合せ下さい <input type="checkbox"/> 「一時的な収入変動」に係る事業主の証明書 | 事業所担当者 お勤め先 | |

5.雇用保険に関する必要書類 【全員いずれかにチェック】 *雇用保険等失業給付金受給に関する誓約書は、健保ホームページのバーナーすぐ下[申請書類一覽]にご覧いただけます。

【注意事項】 *受給資格証が退職後30日以内に提出できない場合は、状況申告書または被扶養者申請理由書に交付予定日を記入し、予定日到達後14日以内に提出してください。期日までに提出が無い場合は認定を取り消す場合があります。
*受給延長通知書が30日以内に提出できない場合は、退職証明書のコピーと母子健康手帳のコピー等、延長理由がわかる書類を添付してください。受給延長通知書が交付された後14日以内に提出してください。

| 1 | 2 | 状況 | 添付が必要な書類 | 取得先 |
|---|---|--|---|---------------------|
| | | 就職したことがない | なし | - |
| | | 現在就業中の為失業給付を受給しない | なし | - |
| | | 過去に就職していたが現在は無職 | なし *現在無職であっても最新の所得証明書類に収入(所得)の記載がある場合は、以下にチェックをしてください | - |
| | | 失業給付を受給しない (受給資格はあるが受給しない、または雇用保険を支払っていたが受給資格がない) | <input type="checkbox"/> 雇用保険等失業給付金受給に関する誓約書 <input type="checkbox"/> 離職票 I・IIのコピー または 雇用保険被保険者資格喪失確認通知書のコピー | 健保ホームページ (旧)お勤め先 |
| | | 失業給付を受給する | <input type="checkbox"/> 雇用保険等失業給付金受給に関する誓約書 <input type="checkbox"/> 受給資格者証の1面のコピーとその裏面のコピー | 健保ホームページ ハローワーク |
| | | 失業給付が受給終了した | <input type="checkbox"/> 受給資格者証の1面のコピーと最終面のコピー | ハローワーク |
| | | 失業給付を受給延長する | <input type="checkbox"/> 雇用保険等失業給付金受給に関する誓約書 <input type="checkbox"/> 支給期間延長通知書のコピー ※提出が遅れる場合は提出できる日をメモ等でお知らせください | 健保ホームページ ハローワーク |
| | | 雇用保険非加入だった (雇用保険に加入していない、または公務員のように雇用保険制度がない) | <input type="checkbox"/> 退職証明書のコピー / 廃業証明書のコピー <input type="checkbox"/> 雇用保険に加入していなかった証明 ※例:給与明細書のコピーや退職源泉徴収票のコピー等 | お手元 お手元 |

申請者本人(被保険者)署名欄

申請者本人(被保険者)が作成したものであり、記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しました。

被保険者氏名

印
※電子印可