

【「健康保険被扶養者（異動）届」の添付書類】

健康保険

扶養状況届（16歳未満又は全日制の高校生）

- 「子」の申請の場合は、4名までまとめて記入できます。
認定対象者が「子」以外の場合は、一人につき1枚ご記入ください。

常務理事	事務長	担当者

この届は被扶養者の認定を受けるために必要な調査書ですので、事実に基づき、漏れなく詳細にご記入ください。
未記入欄がある場合、認定できませんのでご承知おき下さい。

被保険者	事業所名称	記号・番号	氏名	配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
				配偶者の収入は被保険者より	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない

【被扶養者として申請する方の状況】

認定対象者 （「子」の申請 に限りまとめて 記入可）	氏名	性別	生年月日	年齢	年間収入	続柄
	(カナ)	男・女	H・R 年 月 日	歳	円	子・ ()
	(カナ)	男・女	H・R 年 月 日	歳	円	子
	(カナ)	男・女	H・R 年 月 日	歳	円	子
	(カナ)	男・女	H・R 年 月 日	歳	円	子
直近又は現在加入している医療保険 (該当に○をつける、申請理由が「子」の出生の場合は 未記入)			1. 国民健康保険 2. 健保・共済組合の被扶養者 3. 保険未加入（最終健康保険資格喪失日 H・R 年 月 日）			

【親族状況】 認定対象者が「子」以外の場合のみ記入。

続柄は認定対象者からみた続柄。対象者と同居別居にかかわらず、すべてのご家族の方をご記入下さい。同世帯は全てご記入ください。

続柄 認定対象者か らみて	氏名	年齢	職業	年金	同居・別居	月収	ひと月の家計負担状況		扶養しない理由
							同居の場合	別居の場合	
							家計負担額	仕送り額	
父		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
母		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
兄弟姉妹		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
兄弟姉妹		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
その他 ()		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	
その他 ()		歳	有・無	有・無	同・別	万円	円	円	

【あなた(被保険者)が扶養する事となった理由】 親族の状況等を含めて、詳細に記入願います。（認定対象者が「子」以外の場合のみ記入）

.....

.....

.....

【誓約欄】

フジ日本健康保険組合御中

今回報告しました申告内容に相違ありません。また今後被扶養者の要件に該当しなくなった場合は、速やかに除外手続きを行います。
万が一、申告内容に虚偽があったり手続きを怠った場合には認定日に遡って資格を取り消され、当該期間中に受けた保険給付等を
全額返還することに異論ありません。

年 月 日 被保険者名(自署) _____