

【「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（全日制の高校生を除く16歳以上）

退職した子の記入例

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。
 夫婦共働きの場合、被扶養者の数にかかわらず、被保険者の年間収入が多い方の被扶養者になりま

| | | | | | |
|------|--------|---------|-------|---------------|---|
| 被保険者 | 事業所名称 | 記号・番号 | 氏名 | 配偶者の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 〇〇株式会社 | 77× ××× | 健保 太郎 | 配偶者の収入は被保険者より | <input type="checkbox"/> 多い <input checked="" type="checkbox"/> 少ない |

【被扶養者として申請する方の状況】該当項目に○をつけ記入してください。

| | | | | | | | |
|------------------------------|---|--|------------------|--------|---------------------------------------|--|---|
| 認定対象者氏名 | (フリガナ) ケンポ イチロウ | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 被保険者との続柄 | 被保険者と | 配偶者の有無 |
| | 健保 一郎 | <input checked="" type="radio"/> 男・女 | S・H・R 18年 7月 10日 | 19 歳 | 子 | <input checked="" type="radio"/> 同居 ・ 別居 | 有 <input checked="" type="radio"/> 無 (未婚・離婚・死別) |
| 直近又は現在加入している医療保険（該当に○をつける） | 1. 国民健康保険 <input type="radio"/> 2. 健保・共済組合の被保険者 <input checked="" type="radio"/> 3. 健保・共済組合の被扶養者 <input type="radio"/> 4. 医療保険未加入（最終健康保険資格喪失日 R 年 月 日） | | | | | | |
| 直近の退職 | 退職年月日 | H・R <input checked="" type="radio"/> 7年 7月 31日 | 勤続年数 | 年 3 ヶ月 | 注意：申請理由が「退職」の場合「雇用保険（公務員・退職手当）申告書」を添付 | | |
| 今後の生活状況や就職の予定など詳細に | 現在アルバイトをしながら就職活動中。雇用保険失業給付の受給要件を満たさず、収入はアルバイトの月4万円のみ。 | | | | | | |
| (女性のみ) 退職日時点で出産予定がある場合は出産予定日 | R 年 月 日 | ⇒前健康保険から「出産手当金」を受給している はい ・ いいえ | | | | | |

【被扶養者として申請する方の収入の状況】該当項目に○をつけ記入してください。

| | | | | | | |
|--|-------------------------------------|---|---|-----|----------|--|
| 1. 公的保証の受給中であるか、受給予定はありますか？ | <input checked="" type="radio"/> はい | | | | | |
| | はい | 内容 | 傷病手当金 ・ 出産手当金 ・ 労災保険の休業補償 ・ 失業給付 ・ 生活保護 | | | |
| | | 期間 | 年 月 日から 年 月 日までの予定 ・ 申請前 | | | |
| | | 受給額 | 円 / 日額 ・ 月額 | | | |
| 2. 現在収入はありますか？ （「はい」に○を付けた場合、0円の項目は「0」とご記入ください） | いいえ | 収入のない理由： ※65歳以上で老齢年金の受給がない場合は必ず理由を記入して | | | | |
| | <input checked="" type="radio"/> はい | 援助金 | 誰から： | 年額： | 0円 | |
| | | 給与収入(賞与含む) | パート ・ アルバイト ・ その他 () | 年額： | 480,000円 | |
| | | 年金 | 老齢 ・ 遺族 ・ 障害 ・ 共済 ・ 企業 ・ 個人 | 年額： | 0円 | |
| | | 事業 | 自営業 ・ 農業 ・ 不動産 ・ 利子配当 | 年額： | 0円 | |

収入はありますか？「はい」に○をつけた場合、収入「0円」の項目には「0円」を記入

【親族状況】 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。

(※1) 認定対象者世帯の、住居費・食費・光熱費・通信費・教育費など基本的な支出について、誰がいくら負担しているかをご記入
 父母を申告する場合、同居・別居を問わずあなた(被保険者)の兄弟姉妹全員についてご記入ください。

配偶者の父母を申告する場合は配偶者の兄弟姉妹全員をご記入ください。

認定対象者世帯の1か月の基本的な支出について、誰がいくら負担しているのかを記入。預貯金・貯蓄性のある保険商品・税金・社会保険・有価証券等の購入を除く。

| 認定対象者からみて 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業 | 年金 | 認定対象者と 同居・別居 | 月収 | 認定対象者世帯の1か月の家計負担状況(※1) | | 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 | |
| 本人 | 健保 一郎 | 19歳 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 4万円 | ※必ず記入 30,000 円 | 円 | |
| 父 | 被保険者 | 50歳 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 50万円 | 200,000 円 | 円 | 今回扶養申請します |
| 母 | 健保 花子 | 48歳 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 5万円 | 20,000 円 | 円 | すでに被保険者の扶養であるため |
| 妹 | 健保 咲子 | 16歳 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 0万円 | 0 円 | 円 | すでに被保険者の扶養であるため |
| 祖母 | 健保 ふじ | 75歳 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 10万円 | 50,000 円 | 円 | 自分の生活費として5万円を家に入れている。孫を養う余裕はない。 |
| | | 歳 | 有・無 | 有・無 | 同・別 | 万円 | 円 | 円 | |
| | | 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。

長男は、退職後失業給付の受給資格がないため、アルバイト(月収4万)をしながら就職活動をしているが、生活費の半分以上を私がみています。

妻はすでに私の扶養に入っており、母は年金収入のみで自分の生活費として半分を家に入れています。

【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。

令和7年 8月 10日

被保険者名(自署) 健保 太郎