

健康保険 被扶養者異動届 <扶養家族にしたいとき>

秘 厳 秘 情 報
制 制 止用紙サイズの変更はしないでください。
また、裏紙での申請も不可となります。

令和 年 月 日

事業主担当
および受付

事 事務長 関係者 担 当

扶養し始めた日(事実
発生日)から14日以内
に提出してください。14日以内の受付
→事実発生日の認定
14日を超える受付
→受付日の認定住民票の添付または個人番号の
記入が必要です。
個人番号の記入の要否については、
必ず事業所の指示に従ってください。帳票に基づき保険証を
作成しますので、正確
に記入してください。連絡先は業務時間内(9:00~17:00)に連絡が取れる
番号(内線・PHS・外線等)をご記入ください。

令和 〇〇 年 8 月 31 日 届出

被保険者	証の 1	被保険者証の 番号 12345	会社名 ・所属 ×	現住所 〇〇〇 名古屋
氏名	健保 太郎		連絡先 (☎ 052 - 880 - 〇〇〇〇)	日本国内に は裏面の記
フリガナ	ケンボ	キク	続柄	職業(学生は除く)
氏名	健保	キク	母	☒ 無職 ☐ 学生 ☐ パート、アルバイト ☐ 自営業 ☐ その他()
申請する家族	扶養し始めた日	令和 〇〇 年 8 月 27 日	現在加入中の 健康保険 ☒ 国民健康保険 ☐ 以前の勤務先の健康保険で任意継続 ☐ 未加入 ☐ その他()	居住 ☒ 同居 ☐ 別居 ☐ 単身赴任 ☐ 就学 ☐ 施設入所 ☐ その他
【理由】	ア 出生<出生の日> 右のア〜ケの いずれかを記入		公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成) ☐ 有 ☒ 無 有の場合は 右の項目を 選択 ☐ 子ども(乳幼児)医療 ☐ 障がい者医療 ☐ 母子(父子)家庭 ☐ 市町村認定特定疾患 ☐ その他()	
ケ	この場合は住民票の異動日(住民になった日)を 記入しますが、「その他」の理由によって扶養 し始めた日は異なりますのでご注意ください。		市町村や都道府県による医療費の 助成制度を受けている場合は「有」に 記入して、右の項目を選択してください。	
ケ	被保険者資格取得<被保険者の資格取得日(入社日)> 同居開始<住民票異動日> その他<事実発生日> (父が亡くなり扶養し始めた)		加入の健康保険 ☒ (××グループ)健康保険組合 ☐ 国民健康保険組合 ☐ その他()	
【雇用保	【理由】は「ケ その他」です。		申請する家族の生活を支えている方がいる場合は記入してください。 ◎夫婦共働きで共同して子を扶養している。 ◎兄弟姉妹で共同して両親を扶養している等。	
続柄	健保 太郎		【記入見本の場合】 例1) 母:キクの配偶者(被保険者:太郎の父)がご健在の場合に記入してください。 ※75歳以上で後期高齢者医療制度へ加入している場合も含む。 例2) 被保険者:太郎の兄弟姉妹で共同して、母:キクを扶養している場合。	
仕送り	必要額	円 < 130万円		
実施額		円 < ②×1/2		
		円 < ③		

別居世帯の必要生活費を記入する。有配偶者の場合の仕送り必要額()円/年

確認後「適」である場合は□に✓する。仕送確認は別居の家族(配偶者・学生の子を除く)の審査時のみ実施

健康保険 状況報告書 <生計維持確認>

中部電力健康保険組

日付を必ず記入してください。

以下、記載事項のと

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者証の 記号	1
被保険者証の 番号	12345

被保険者
氏名

健保 太郎

[記載上の注意事項]

- ◎申請する家族が複数の時は、まとめて1枚の申請で構いません。
- ◎同居している家族[世帯]全員の状況を記入してください。
- ◎生活費の内訳「その他」は、被服費、通信費、教育費等が含まれます。
- ◎施設入所の場合は同居とみなします。
- ◎記載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。
- ◎費用については、1ヶ月あたりの平均額をご記入ください。

自筆で署名してください。

申請する家族と同居している場合

※同居している家族[世帯]全員の状況を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	同居	生活費の内訳	世帯全体の月額 (①～⑥計)		費用負担状況(内訳)												申請する家族に配偶者がいない場合、その理由をご記入ください。
					①被保険者		②家族		③家族		④家族		⑤家族		⑥家族		
		名前	花子	名前													ひかり
		続柄	妻	続柄	子	続柄	子	続柄	母	続柄							
		同居の場合		*夫婦は相互扶養義務により扶養義務者が配偶者となるため、状況確認が不可欠です。													
		居住費	10	万円	10	万円	0	万円	0	万円	0	万円	0	万円		万円	【理由】 離別しているため
		食費	8	万円	7	万円	0	万円	0	万円	0	万円	1	万円		万円	
水道光熱費	2	万円	2	万円	0	万円	0	万円	0	万円	0	万円		万円			
その他	10	万円	8	万円	2	万円	0	万円	0	万円	0	万円		万円			
合計	30	万円	27	万円	2	万円	0	万円	0	万円	1	万円		万円			

申請する家族と別居している場合

※別居している家族[世帯]全員の状況を記入してください。

被 保 険 者 記 入 欄	別 居	生活費の内訳	世帯全体の月額 (①～④計)	費用負担状況(内訳)								申請 場合、その理由をご記入ください。	[別居の場合の注意事項] ◎別居の扶養家族の収入以上の仕送りが必要となります。 ◎別居家族の生活費と被保険者から
				①被保険者からの仕送月額	②家族		③家族		④その他家族で生活費を負担している方				
					氏名	キク	名前		名前	二郎			
					続柄	母	続柄		続柄	弟			
		居住費	8		0	万円		万円	0	万円			
		食費	2		2	万円		万円	0	万円			
		水道光熱費	1		1	万円		万円	0	万円			
		その他	5		2	万円		万円	3	万円			
		合計	16	万円	8	万円	5	万円	3	万円			

計算式により自動で表示されます。

別居の場合

申請する家族の生活を支えている方がいる場合は記入してください。
例1) 配偶者のご健在の場合
※75歳以上で後期高齢者医療制度へ加入している場合も含む
例2) 兄弟姉妹で共同して扶養している場合