

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 複製禁止

受付	登録

決裁 令和 年 月 日			
常務理事	事務長	関係者	担当

事業主担当印 および受付日

※当組合では、被保険者および被扶養者の個人番号を、番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

令和 年 月 日 届出

被保険者	被保険者等記号	被保険者等番号	会社名・所属	住民票住所	家族の住民票住所 (家族が別居の場合に記入してください)						
	氏名	フリガナ	連絡先 (☎)	日本国内に被扶養者の住民票がない場合は裏面の該当する①～⑤の番号を記載		家族の住民票住所					
申請する家族 被保険者記入欄	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	年齢	性別	居住	別居理由	職業(出生は除く)	収入	年額(見込額)
				昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	同居 別居	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> その他()	給与 年金 事業 その他	円 円 円 円
	扶養し始めた日	令和 年 月 日	資格確認書発行要否 * 以下に該当する場合に限り発行			公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成)					
	【理由】	右のア～ケのいずれかを記入	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを取得していない、マイナンバーカードを返納した <input type="checkbox"/> マイナ保険証の未登録、利用登録解除をした <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ <input type="checkbox"/> 発行が必用			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 子ども(乳幼児)医療 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 障がい者医療 有の場合は右の項目を選択 <input type="checkbox"/> 市町村認定特定疾患 <input type="checkbox"/> 母子(父子)家庭 <input type="checkbox"/> その他()					
	ア 出生<出生の日>	イ 婚姻<婚姻した日>	あなた(被保険者)以外の方で、申請する家族の生活を支えている方がいましたらご記入ください。(配偶者の申請の場合は除く)			【認定市町村名】					
	ウ 退職<退職日の翌日>	エ 雇用保険受給終了<雇用保険給付最終日の翌日>	◎夫婦共働きで子を扶養している ◎兄弟姉妹で共同して両親を扶養している 等								
	オ 任継喪失<任意継続資格喪失日>	カ 収入減<状況により異なるため記入しないでください>	◎生計維持確認のために「状況報告書(組合所定用紙)」が必要になります。(出生および配偶者の申請は除く)								
	キ 被保険者資格取得<被保険者の資格取得日(入社日)>	ク 同居開始<住民票異動日>	氏名	続柄	職業	収入	年額(見込額)	加入の健康保険			
	ケ その他<事実発生日>	ケ その他<事実発生日>			<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> パート、アルバイト <input type="checkbox"/> その他()	給与 年金 その他	円 円 円	<input type="checkbox"/> ()健康保険組合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 <input type="checkbox"/> その他()			
	【雇用保険】										
右のA～Dのいずれかを記入	A 受給申請予定	雇用保険の受給に関する申立書			被保険者氏名						
	B 受給期間の延長申請予定	申請する家族の雇用[失業]保険に関する記載事項に相違ありません。なお、受給開始に伴う手続きを行わなかった場合、扶養認定取消しに応じるとともに、その間の医療費、その他給付金等については全額返還いたします。									
	C 受給申請しない										
	D 受給資格がない										

◎雇用保険受給中は扶養家族になれません。ただし、雇用保険の日額が3,612円未満(60歳以上の方は5,000円未満)の場合はこの限りではありません。

健保処理欄	続柄	居住	住民票	収入	被保険者年収	標準報酬月額	第3号	年金コード	高齢受給者証
		同・別	戸籍等	有・無	円+()円 = 円+円①	千円×16= 千円②			
	仕送り	必要額	円/月	審査	基準額1口 ①	円 < 130万円・180万円	判定	認定・否認定	否認定理由
		実施額	円/月		基準額2口 ①	円 < ②×1/2= 円	認定年月日		
		円/年③	仕送確認口 ①	円 < ③	円	処理年月日			
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									

【国内居住要件に該当しない場合(日本国内に被扶養者の住民票がない場合)の例外事由】

届出記入番号	例外該当事由	添付書類
①	外国において留学をする学生	在学証明書(本書)
②	外国に赴任する被保険者に同行する方	査証(ビザ)、海外赴任辞令等の写し
③	観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する方	査証(ビザ)、ボランティア派遣機関の証明書ボランティアの参加同意書等の写し
④	被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者と身分関係が生じた方で、②と同等と認められる方	出生や婚姻等を証明する書類等の写
⑤	①～④のほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる方	※個別対応

[添付書類について]

中部電力健康保険組合のホームページの「被扶養者認定に必要な添付書類一覧表」をご確認ください。



<https://www.chudenkenpo.or.jp/wp-content/uploads/tenpuichiran.pdf>

提出先

中部電力の方 → ビジネスサポートセンター
 関係会社の方 → 所属事業所 健保担当箇所
 任意継続の方 → 中部電力健康保険組合

健康保険 状況報告書 <生計維持確認>

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

この「健康保険 状況報告書<生計維持確認>」は、健康保険法第3条第7項各号において被扶養者の認定要件として「主としてその被保険者により生計を維持するもの」と定められているため、生計維持関係を判断する書類として提出いただくものです。
扶養認定(子[出生の場合]および配偶者の認定の場合を除く)を行う上で、重要な書類となりますので、実態をありのままご記入ください。

以下、記載事項のとおり事実と相違ありません。

令和 年 月 日	
被保険者等 記号	
被保険者等 番号	
被保険者 氏名	

【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。(例:両親ともに扶養申請する場合等)
- ◎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できます。
- ◎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。

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	続柄	名前	続柄	名前	続柄	名前	続柄	名前	続柄	名前	続柄		
		居住費		万円		万円		万円		万円		万円		万円		万円		*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。
		食費		万円		万円		万円		万円		万円		万円		万円	【理由】	
		水道光熱費		万円		万円		万円		万円		万円		万円		万円		
		その他		万円		万円		万円		万円		万円		万円		万円		
		合計		万円		万円		万円		万円		万円		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	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄		
		居住費		万円		万円		万円		万円		万円		*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。
		食費		万円		万円		万円		万円		万円	【理由】	
		水道光熱費		万円		万円		万円		万円		万円		
		その他		万円		万円		万円		万円		万円		
		合計		万円		万円		万円		万円		万円		

【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の仕送り額を比較し「被保険者が主たる生計維持者であるか」を判断いたします。
- ◎仕送りは定期的に継続して行われていなければなりません。
- また、「誰(被保険者)が」、「誰(申請する家族)に」、「いつ」、「いくら」支払ったかを銀行振り込み等の控えにて確認いたします。賞与での年1~2回、2~3ヶ月に一度の仕送りは認められません。