

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、被保険者および健康保険法による保険給付の支給給付および徴収業務で利用します。

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

中部電力健康保険組合 常務理事 殿

以下のとおり申請します。なお、申請内容に相違があった場合、被扶養者認定日に遡って被扶養者資格を認めるとともに、医療費等の保険給付、保健事業関係利用費等を受けていた場合は、全額返納いたします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 届出

被保険者	被保険者等記号	1	被保険者等番号	12345	会社名・所属	〇〇(株)△△支店 ××部 ××グループ			居住	別居理由		(家族が別居の場合に記入してください)				
	氏名	健保 太郎			連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> その他	家族の住民票住所	〒 〇〇〇 - △△△△ 東京都〇〇区〇△□				
申請する家族	フリガナ	ケンポ キク			続柄	年齢	性別	申請前の加入の健康保険			市町村名					
	氏名	健保 キク			母	65	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 協会けんぽ <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 有職 <input checked="" type="checkbox"/> 無職			<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()				
	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	〇〇年 〇〇月 〇〇日		個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			有職の場合は右の項目を選択							
	扶養し始めた日	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日			理由			収入年額(見込額)								
ケ	【理由】	ア 出生<出生の日>			イ 婚姻<婚姻した日>			ウ 退職<退職日>			エ 雇用保険受給終了<雇用保険給付終了日の翌日>			オ 任継喪失<任意継続資格喪失日>		
	ケ	カ 収入減<状況により異なるため記入しないでください>			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>			ケ その他<事実発生日> (父が亡くなり扶養し始めた)					
	ケ	カ 収入減<状況により異なるため記入しないでください>			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>			ケ その他<事実発生日> (父が亡くなり扶養し始めた)					
	ケ	カ 収入減<状況により異なるため記入しないでください>			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>			ケ その他<事実発生日> (父が亡くなり扶養し始めた)					
雇用保険	右のA~Dのいずれかを記入			A 受給申請予定			B 受給期間の延長申請予定			C 受給申請しない			D 受給資格がない			
健康処理欄	続柄	居住	住所	添付書類が必要となります。詳しくは、「添付書類の一覧」表をご確認ください。			審査									
仕送り	必要額	円/月		基準額1	円 < 130万円											
仕送り	実施額	円/月		基準額2	円 < ②×1/2											
仕送り		円/年③														

申請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。

個人番号を記入してください。

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☑、右の項目に☑、認定市町村名を記入してください。

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。

【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。

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。仕送りは別居の家族(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合 常務理事 殿

この用紙は、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提出されているため、生計維持関係を判断する書類として提出(添付)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。

**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。**

日付を必ず記入してください。

以下、記載事項のとおり事実

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

被保険者等記号	1
被保険者等番号	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。(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場合がございます。
- ◎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。 *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。		
					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	10	万円	10	万円	0	万円	0	万円	0	万円		万円		万円	【理由】
		食費	8	万円	7	万円	0	万円	0	万円	0	万円		万円		万円	
		水道光熱費	2	万円	2	万円	0	万円	0	万円	0	万円		万円		万円	
		その他	10	万円	8	万円	2	万円	0	万円	0	万円		万円		万円	
		合計	30	万円	27	万円	2	万円	0	万円	0	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。 [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支給される金額を比較し、被保険者から支給される金額が不足している場合は、不足分を支払う必要があります。			
					①被保険者からの仕送月額		②家族		③家族		④その他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	8	万円			0	万円		万円	0	万円		万円	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) 配偶者をご健在の場合 ※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
		食費	2	万円			2	万円		万円	0	万円		万円	
		水道光熱費	1	万円			1	万円		万円	0	万円		万円	
		その他	5	万円			2	万円		万円	3	万円		万円	
		合計	16	万円	8	万円	5	万円		万円	3	万円		万円	

計算式により自動で表示されます。

計算式により自動で表示されます。