

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	事業主担当印 および受付日
		常務理事	事務長	関係者	担 当		

※当組合では、被保険者および被扶養者健康保険法による保険給付の支給または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

令和 〇〇 年 12 月 10 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		住民票 住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 名古屋市〇〇区△△町××1丁目2番30号		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	健保 太郎			連絡先	(☎ 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)		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							
	フリガナ	ケンボ ハナコ			続 柄			生 年 月 日	年 齢	性 別	別居理由	居 住	職 業(出生は除く)	収 入	年 額(見込額)
	氏 名	健保 花子			妻	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	65			☒ 同居 ☐ 別居	☒ 無職 ☐ 学生 ☐ パート、アルバイト ☐ 自営業 ☐ その他()	給 与	円
	扶養し始めた日	令和 〇〇 年 12 月 1 日			資格確認書発行要否 * 以下に該当する場合に限り発行 ・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 ・マイナ保険証の未登録、利用登録解除をした ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ		☐ 発行が必用		公費負担医療の有無(市町村などによる医療費助成)		【認定市町村名】				
	【理由】	退職した日の翌日を記入してください。			この項目に該当する方のみ「資格確認書」を交付します。 該当する方は☑をしてください。		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。								
	ウ 退職	「ウ 退職」を選択された場合は 必須記入項目です。 雇用保険について、A～Dのいずれ かを選択して記入してください。			氏 名		続柄	職 業	収 入	年 額(見込額)	加入の健康保険				
	【雇用保険】	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			雇用保険の受給に関する申立書		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。		被保険者 氏 名		健保 太郎				
	右のA～Dの いずれかを 記入	A													

健保 処理 欄	続柄	居住	住民票	☐	収入	() 円+() 円+ () 円 = 円①	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
	仕送り	必要額	円/月	有・無	円/月	円/年③	千円 × 16 = 千円②	定 認定 ・ 否認定	否認定 理 由		
	実施額	円/月	円/年③	「退職」の事実確認のために『退職証明書』等の添付が必要です。		配偶者を扶養に入れる場合は、同時に「国民年金第3号被保険者関係該当届」の提出が必要となります。					
	別居世帯の必要生活費を記入する。有配偶者の場合は同居世帯の必要生活費を記入する。有配偶者の場合は同居世帯の必要生活費を記入する。有配偶者の場合は同居世帯の必要生活費を記入する。										

健康保険 状況報告書 <生計維持確認>

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。

[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。

中部電力健康保険組合

日付を必ず記入してください。

以下、記載事項のとお

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

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	
					同居の場合		名前	花子	名前	ひかり	名前	大知	名前	キク	名前		*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。	
							続柄	妻	続柄	子	続柄	子	続柄	母	続柄			
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			
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	万円		2	万円		万円	3	万円		
		合計	16	万円	8	万円	5	万円		3	万円		

別居の場合

計算式により自動で表示されます。

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。
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

れません。

れません。