健康保険　被扶養者（異動）届

専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

① 健康保険被保険者等 記号	① 健康保険被保険者等 番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 性別	⑤ 資格取得年月日	⑥ 異動の別
			昭和 平成　年　月　日	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	1. 新規　4. 変更 2. 追加　5. 訂正 3. 削除

⑦ 被保険者の居所	⑧ 被保険者携帯電話	⑨ 標準報酬月額	⑩ 総合所得月額
〒　－	（　）	千円	円

⑪ 被扶養者の氏名	⑫ 性別	⑬ 生年月日	⑭ 続柄	⑮ 職業	⑯ 月平均収入	⑰ 被扶養者になった日	⑱ 被扶養者でなくなった日	⑳ 扶養になった理由又扶養でなくなった理由	㉑ 同居・別居	資格確認書発行要否
(フリガナ) (氏)　(名)	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	⑭	⑮	⑯	平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日		いずれかにチェック 同居 □ 別居 □	□発行が必要 ※裏面を確認ください。
㉒ 携帯電話			㉒（　）			⑲ 個人番号				
㉓ 住民票住所	〒　－　⑦と同じ場合は □		㉔ 居所	〒　－　⑦と同じ場合は □				収入がある方で給与収入のみ場合☑ 給与以外に収入はありません □		
(フリガナ) (氏)　(名)	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	⑭	⑮	⑯	平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日		いずれかにチェック 同居 □ 別居 □	□発行が必要 ※裏面を確認ください。
㉒ 携帯電話			㉒（　）			⑲ 個人番号				
㉓ 住民票住所	〒　－　⑦と同じ場合は □		㉔ 居所	〒　－　⑦と同じ場合は □				収入がある方で給与収入のみ場合☑ 給与以外に収入はありません □		
(フリガナ) (氏)　(名)	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日	⑭	⑮	⑯	平成・令和　年　月　日	令和　年　月　日		いずれかにチェック 同居 □ 別居 □	□発行が必要 ※裏面を確認ください。
㉒ 携帯電話			㉒（　）			⑲ 個人番号				
㉓ 住民票住所	〒　－　⑦と同じ場合は □		㉔ 居所	〒　－　⑦と同じ場合は □				収入がある方で給与収入のみ場合☑ 給与以外に収入はありません □		

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	〒　－ （　）

年　月　日　提出

受付日付印

社会保険労務士の提出者代行印

東京貨物運送健康保険組合

（届出手続と資格の認定）

1. この届は、被保険者の家族について、生計相応の収入がないために被保険者から実際に生計を維持されている方が認定を受けるときなど、被扶養者に異動（増減等）が生じたときの手続きに使用します。
2. 被扶養者としての資格は、原則として、この届出によって認定をうけた日からのみ有効となります。
3. 当組合では被保険者とその家族の生計依存程度、家族の収入、扶養能力、扶養義務等を総合的に判断し認定を行います。
（年間収入が130万円未満（60歳以上またはおおむね厚生年金保険の受給要件に該当する程度の障害者である場合には180万円未満）でかつ被保険者の収入の2分の1未満である場合は原則として扶養者に該当します）
4. この届出が、被保険者について扶養の事実関係が生じた日から5日以内に事業主を経由して当組合へ提出してください。

（記入方法）

1. 被扶養者の記載は異動のある方だけを記入してください。
2. ⑥はそれぞれの理由に〇をしてください。「4.変更」または「5.訂正」の場合は被扶養者記載欄に該当する方の変更後の事項を含む全てを黒字で記入し、変更訂正する箇所の上に変更前または訂正前の事項を赤字で2段書きになるように記入してください。
「3.削除」、「4.変更」、「5.訂正」の場合、有効期限内の資格確認書をお持ちの方は添付してください。
3. ⑨は、この届を提出する際の標準報酬月額を記入してください。
4. ⑩は、勤務先から受ける所得だけでなく、副業所得、利子収入、不動産収入、各種公的年金収入など、すべて含めて記入してください。
5. ⑭は、被保険者との続柄を、「妻」、「内縁の妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「妻の長男」、「孫」などと記入してください。
6. ⑮は、その実態がわかるように、「無職」、「パート」、「小学5年」、「年金受給者」など記入してください。
7. ⑯は、すべての収入を月平均で記載してください。
8. ⑲は、個人番号（マイナンバー）を記入してください。
9. ⑳は、被扶養者になったときは、「出生」、「離職」など、被扶養者でなくなったときは「就職」、「死亡」などの事実を記入してください。
10. ㉑は、被保険者と同居か別居に✓をしてください。別居のときは、㉒または㉓を必ずご記入ください。
11. 資格確認書の発行が必要な場合は(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。
※以下に該当する場合に限ります。
・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
・マイナンバーカードの電子証明の有効期限切れの者
12. 性別・生年月日及び資格取得年月日の年号は、それぞれ該当する箇所に〇をしてください。
13. ㉒は、被扶養者の方の携帯電話の番号を記入してください。保健事業等のご案内をショートメールでお知らせ致します。
14. ㉓は、被扶養者の方の住民票住所をご記入ください。⑦と同じ場合は✓で省略できます。
15. ㉔は、被扶養者の方の居所をご記入ください。⑦と同じ場合は✓で省略できます。

（新規、追加の際この届に添付して提出するもの）

1. 16歳以上（義務教育を終了）の方については在学証明書、学生証の写、年金支払通知書、非課税証明、所得証明書、退職証明書、離職票、給与明細書など生計維持に関する証明書を必ず添付してください。義務教育を終了するまでの実子・養子については証明書類の添付を省略できます。
2. 被保険者の直系尊属、配偶者、子以外の方については、住民登録票等同一世帯に属していることを確認できる証明書を必ず添付してください。
（注）被扶養者によっては上記以外にも添付書類が必要な場合があります。

資格課資格係　TEL　03-3359-8164