

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (追加)

提出年月日	9. 令和	000201
-------	-------	--------

社労士・健保記入欄									
取得年月日	7. 平成							標準報酬月額	千円
	9. 令和								

被保険者欄	被保険者証の記号	100	被保険者証の番号	〇〇〇〇〇	生年月日	5. 昭和											備考	
						7. 平成	501011											
	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 電話番号 〇〇 - △△△△ - □□□□													

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ハナコ 花子	生年月日	5. 昭和												性別	1. 男	2. 女
					7. 平成	521222													
					9. 令和														
続柄	妻	職業	無職	収入(年収)	0	万円	住所	1. 同居	別居の場合	〒									
								2. 別居											
被扶養者になった日	9. 令和	000201	理由	退職												備考		※	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保	(名) ジロウ 次郎	生年月日	5. 昭和												性別	1. 男	2. 女
					7. 平成	020601													
					9. 令和														
続柄	次男	職業	大学生	収入(年収)	0	万円	住所	1. 同居	別居の場合	〒 20500									
								2. 別居		1600 Pennsylvania Avenue, NW Washington, DC									
被扶養者になった日	9. 令和	000201	理由	留学												備考	①	※	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	5. 昭和												性別	1. 男	2. 女			
					7. 平成																	
					9. 令和																	
続柄		職業		収入(年収)		万円	住所	1. 同居	別居の場合	〒												
								2. 別居														
被扶養者になった日	9. 令和						理由													備考		※

※日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者

大同生命健康保険組合

※日本国内に被扶養者の住民票がない場合、
被扶養者が以下いずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号を表面の備考欄に記載してください。

番号	要件	添付書類
①	外国において留学をする学生	査証、学生証、在学証明書入学証明書等の写し
②	外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】 家族帯同ビザが発行されるもの	査証、海外赴任辞令、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し
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者 【具体例】 ワーキングホリデー制度を利用して渡航するもの、外国において留学する学生に同行する家族等、原則としてビザに有効期限があるもの	査証、ボランティア派遣機関の証明、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の身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの 【具体例】 ・海外赴任中に生まれた被保険者の子供 ・海外赴任中に現地で結婚した配偶者 ・海外赴任中に縁組を結んだ特別養子	出生や婚姻等を証明する書類等の写し
⑤	①から④までに掲げるもののほか、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者 【具体例】 留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等	出生や婚姻等を証明する書類等の写し等

大同生命健康保険組合

被扶養者認定調書

下記の通り、相違ありません。認定後、事実と相違していることが判明した場合は遡って認定の取り消しや、当該期間に健康保険組合から支払われた給付金について返還いたします。なお、就職した場合や収入に変動があった場合等、扶養状況に変更が生じた場合は、速やかに被扶養者削除の手続きをいたします。

大同生命健康保険組合 理事長 殿

令和 ● 年 ● 月 ● 日

被保険者氏名(自署)

健保 太郎

■ 認定対象者について記入または○をしてください。

被保険者証 記号 100 番号 00000	認定対象者氏名 健保 花子	続柄 妻	年齢 32
① 被扶養者として申請することになった事由	1. 入社のため 2. 結婚したため 3. 仕事を辞めて無収入になったため 4. 収入が減ったため 5. 雇用保険失業給付受給終了のため 6. 出生(②以降は記入不要) 7. その他 []		
② 現在加入している健康保険を教えてください	1. 国民健康保険 2. 勤務先の健康保険 3. その他の健康保険・共済組合 * 1~3に○をした方は加入している健保組合名 [4. 未加入]		
③ 現在働いていますか	はい (⑦へお進みください)	いいえ (④へお進みください)	
④ 過去1年間に働いていたことがありますか	ある (⑤へお進みください)	ない (⑦へお進みください)	
⑤ 雇用保険に加入していましたか	はい (⑥へお進みください) [退職年月日 ● 年 ● 月 ● 日] [退職理由 育児に専念するため]	いいえ (⑦へお進みください)	
⑥ 現在の雇用保険受給状況を教えてください ※基本日額が3,612円を超える場合は認定できません(60歳以上は5,000円)	1. 受給中 2. 申請中または申請予定 [手続日 ● 年 ● 月 ● 日] 3. 延長中または延長予定 [延長理由] 4. 受給終了 [終了日 年 月 日] 5. 受給しない [理由] 6. その他 [] (⑦へお進みください)		
⑦ 現在、収入がありますか	ある (⑧へお進みください)	なし (⑩へお進みください)	
⑧ 収入額を教えてください	[年間収入 約 円] (⑨へお進みください)		
⑨ 収入内容を教えてください	1. 給与(パート・アルバイト収入) 2. 不動産収入 3. 利子・配当金収入 4. 自営業収入 5. 年金・恩給(種類に○をしてください) A. 老齢年金 B. 遺族年金 C. 個人年金 D. 障害年金 E. 企業年金 F. 恩給 G. その他 [] 6. 社会保険給付等(種類に○をしてください) A. 傷病手当金 B. 出産手当金 C. 労災保険の休業補償等 D. その他 [] 7. その他 [] (⑩へお進みください)		
⑩ 被保険者と同居していますか	はい	いいえ 別居理由 [被保険者が単身赴任中のため] 1カ月の送金額 [0 円]	
⑪ 認定対象者に配偶者はいますか	いない 1. 死別 2. 離婚 3. 未婚	いる [配偶者氏名] [配偶者年収額 円]	
⑫ 認定対象者の家族構成を記入してください	氏名	続柄	年齢
			同居・別居
			年間収入
			対象者への援助の有無
			円 有 [円] ・ なし
			円 有 [円] ・ なし
			円 有 [円] ・ なし

※添付書類については「被扶養者認定提出書類一覧表」を確認してください **養育費等を受け取っている場合は必ず申告してください。**
大同生命健康保険組合