

※扶養(減)の場合は必ず健康保険証を添付してください

(秘密)

(提出先)
任意継続保険 } オムロン健保
特例退職保険 } *次頁参照

健康保険被扶養者(異動)届

◎記入上の注意は別紙を参照してください。

常務理事	事務長	担当者
------	-----	-----

①証記号 : 証番号	②被保険者氏名	性別	③標準報酬月額 (申請者は記入不要。事業所で記入) 千円	④事業所略号 (退職者は記入不要)
		男・女		
⑤被保険者の住所				トール or 外線番号

<留意事項>

下記の扶養条件を満たさない場合、認定日まで遡って認定を取り消す場合があります。

その期間における健保負担分の医療費は、被保険者へ請求いたします。

また、扶養条件を満たさなくなった場合は、本紙にて「扶養(減)」の手続きが必要となります。

(扶養条件)

- ・この先1年間の収入(傷病手当金・出産手当金・労災の休業給付、株の譲渡収入や年金や恩給等含む)が、130万円未満かつ日額3,611円以下であること。
(60歳以上または障害厚生年金受給者は180万円未満かつ日額が4,999円以下)
- ・被保険者の収入が被扶養者の収入の2倍以上であること。(被扶養者が無職の場合は生活費の2倍以上)
- ・別居の場合は、扶養したい家族の世帯の年間収入が生活費のどちらか多い方と同額以上を定期的に送金していること。(手渡し不可、原則毎月1回以上の口座間送金記録の提出必須)
- ・離職し失業等給付を受給する場合、待期間および給付制限期間であること。
受給開始日以降は、日額3,611円以下であること。(60歳以上は日額4,999円以下)

増・減・他	⑦続柄*	フリガナ	⑪個人番号(別途提出)	*****	⑭職業
		⑨被扶養者氏名	⑫扶養の増減理由		
	⑧コード*	生年月日 S H R 年 月 日	⑬該当日 H R 年 月 日		⑮年間総収入 (年金収入を含む) 円
		⑩被扶養者の住所	認定日 抹消日		
増・減・他	続柄*	フリガナ	個人番号(別途提出)	*****	職業
		被扶養者氏名	扶養の増減理由		
	コード*	生年月日 S H R 年 月 日	該当日 H R 年 月 日		年間総収入 (年金収入を含む) 円
		被扶養者の住所	認定日 抹消日		
増・減・他	続柄*	フリガナ	個人番号(別途提出)	*****	職業
		被扶養者氏名	扶養の増減理由		
	コード*	生年月日 S H R 年 月 日	該当日 H R 年 月 日		年間総収入 (年金収入を含む) 円
		被扶養者の住所	認定日 抹消日		
増・減・他	続柄*	フリガナ	個人番号(別途提出)	*****	職業
		被扶養者氏名	扶養の増減理由		
	コード*	生年月日 S H R 年 月 日	該当日 H R 年 月 日		年間総収入 (年金収入を含む) 円
		被扶養者の住所	認定日 抹消日		

事業主記入欄 (退職者は不要)

(正)上記のとおり相違ないことを確認しましたので提出します。((正)のみ押印要)
(副)提出された被扶養者(異動)届は上記のとおり処理しましたので通知します。

令和 年 月 日

事業所の所在地
名称
氏名

印

- * ⑦続柄コード
- 配偶者(夫):21 / 配偶者(妻):22
 - 父:11 / 母:12
 - 祖父:13 / 祖母:14
 - 長男:31 / 二男:32 / 三男:33
 - 長女:41 / 二女:42 / 三女:43
 - 兄:51 / 弟:53 / 姉:52 / 妹:54
 - 義父:71 / 義母:72
 - 養父:17 / 養母:18
 - 養子:38 / 養女:48

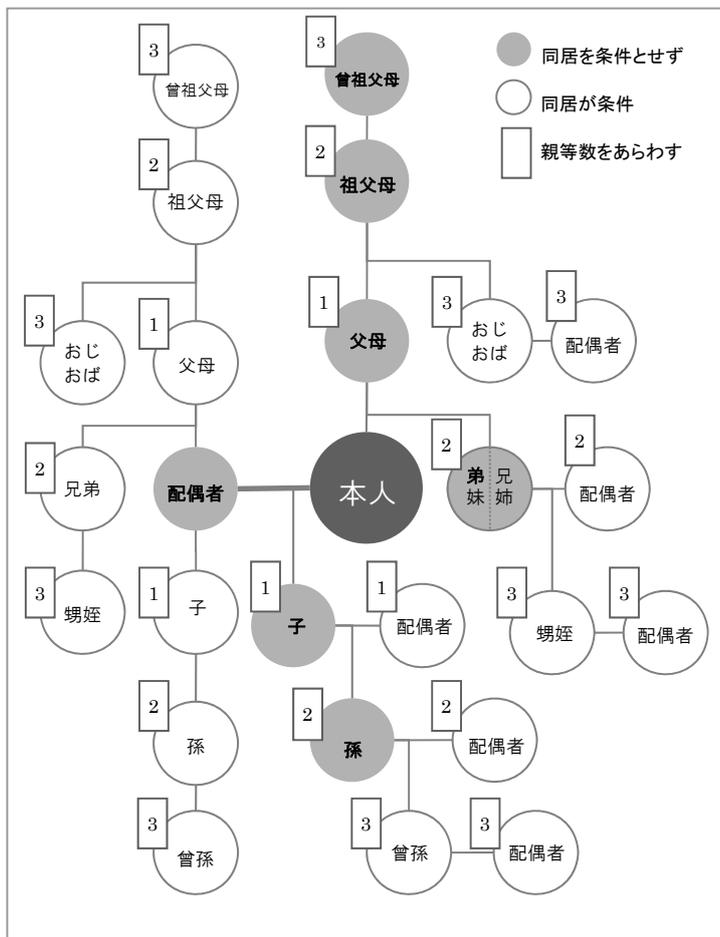
この届出は、被扶養者を申請する場合(添付書類が必要)、被扶養者を減少する場合(健康保険証の添付が必要)、被扶養者の情報を変更する場合に、各社の健康保険担当窓口を経由して健康保険組合に提出してください。

被扶養者とは

被扶養者とは、主として被保険者により生計を維持している直系尊属、配偶者(未届を含む)子、ならびに被保険者と同一の世帯に属し、主として被保険者により生計を維持している三親等内の親族ならびに未届の配偶者の父母および子をいいます。

記入上の注意

- ①の欄 健康保険被保険者証の記号番号を記入。
新規に被保険者資格を取得する者は空欄。
- ②の欄 被保険者名を記入。押印すること。
- ③の欄 現在の標準報酬月額を事業所で記入。
申請者は記入不要。
- ④の欄 実際に勤務している事業所の略号と
ツール or 外線番号を記入。
- ⑤⑩の欄 被保険者および被扶養者の事実上の
住所を記入。
- ⑥の欄 被扶養者を増加する場合は「増」、減少する
場合は「減」、その他の場合は「他」を「○」
で囲む。
- ⑦⑧の欄 続柄を記入。続柄コードは右下を参考に
記入。
- ⑨の欄 被扶養者の氏名を記入。
常用漢字が望ましい。
外国人はローマ字も可。
- ⑪の欄 個人番号のみの申請がしたい方は、別途
申出ること。(本帳票への記入不可)
- ⑫⑬の欄 出生・結婚・就職・退職・死亡・収入増・
収入減など扶養の増減理由および増減
日を具体的に記入。
- ⑭⑮の欄 職業は具体的に記入。
総収入には、給料、年金、営業、農業、不動産、内職などすべての収入の合計額を記載する。



認定日・抹消日の欄 記入不可。(健保組合の記入欄)

添付書類について

- (1) 18歳以上の者を被扶養者とする場合は、「現況届」、「所得証明」を添付してください。
- (2) 各種年金を受給する者を被扶養者とする場合は、年金受給証明書等、年金額が明らかになる書類を添付してください。
- (3) 退職した者をすぐに被扶養者とする場合は、「被保険者資格喪失証明書」を添付してください。
- (4) 失業等給付の受給申請をしない場合は、「離職票-1」「離職票-2」のコピーを添付してください。
- (5) 失業等給付の受給申請をする場合は、「雇用保険受給資格者証」を受領後、すみやかにコピーを提出してください。
- (6) 同一世帯に属していることが必要な者を被扶養者とする場合は、住民票記載事項証明書(願)を添付してください。
- (7) 就職で扶養(減)される場合は、新しい保険証の写しを添付してください。(取得日の確認のため)

その他

- (1) 被扶養者は今回異動された対象者のみ記入してください。(オムロングループ内での転籍の場合は、該当者全員記入要)
- (2) 別居の者を被扶養者とする場合は、定期的に送金していることが明らかとなる書類(通帳のコピー等)が必要です。
手渡しは認められません。継続した送金が確認できない場合は、認定を取り消しますので、送金証明書類は大切に保管してください。

【提出先】 〒600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入
オムロン健康保険組合「任意継続」もしくは「特例退職」担当宛
TEL:075-344-7190

被扶養者の氏名

続柄()

あなた(被保険者)は上記の方(被扶養者)と同居していますか? ※住民票上同居でも事実として別居していれば「いいえ」に回答

はい => 続柄が、配偶者/子の場合、下記1~6に記入。左記以外、下記1~7に記入。

いいえ => 単身赴任中

被扶養者は学生で学校が遠方のため下宿

上記以外:理由()

学生証 or 在学証明書のコピーを添付してください。

続柄が、配偶者、曾祖父母、祖父母、父母、兄弟、弟妹、子、孫の場合、下記1~7に記入。左記以外は扶養できません

毎月の送金額()円
送金証明書類(ATM控・通帳写し・現金書留の控等)のコピーを添付してください。
※手渡しは認められません。継続した送金が確認できない場合は認定できません。

1. 扶養申請をしている方は、失業等給付を受給されますか?

はい => 日額 3,611 円以下 (60 歳以上、日額 4,999 円以下) => 扶養にできます

日額 3,611 円超過 (60 歳以上、日額 4,999 円超過) => 待期間・給付制限期間中のみ扶養にできます

「健康保険資格喪失証明書」を添付。「雇用保険受給資格者証」受領後、すみやかにコピーを提出
「受給資格者証」の「基本手当日額」が上記条件を超過している場合は、失業等給付の受給開始日にて「扶養(減)」の手続きが必要

いいえ => 失業等給付を受けない => 離職票-1、-2 のコピーを提出

失業等給付の延長手続きをする => 「離職票-1」「離職票-2」「継続給付延長通知書」のコピーを提出
延長理由: 妊娠・出産・育児 / 病気・けが / その他()

失業等給付の受給を終了している => 受給終了済「受給資格者証」の両面コピーを添付

失業等給付の受給資格なし => 1年以上無職 / 雇用保険未加入のため

その他()

2. 扶養申請をしている方は、傷病手当金・出産手当金・労災保険の給付を受給されますか?

はい => 日額 3,611 円以下 (60 歳以上、日額 4,999 円以下) => 扶養にできます (給付記録の回答書を添付)

いいえ => 傷病手当金、出産手当金、労災保険の給付を受給しない。または受給資格なし。

傷病手当金、出産手当金、労災保険の給付を終了している (給付記録の回答書を添付)

3. 扶養申請をしている方は、現在公的年金等を受給されていますか? (受給している場合は、該当する全ての口に✓をして下さい)

受給している => 老齢基礎年金、老齢厚生年金 / 障害基礎年金、障害厚生年金 / 共済年金

遺族基礎年金、遺族厚生年金 / 恩給 / その他()

受給していない

4. 税法上(所得税)の扶養対象とされていますか?

はい

いいえ => 今年度は所得オーバーのため

その他()

事業主記載欄(確認日) 令和 年 月 日

5. 扶養申請をしている方の生計費を、あなた(被保険者)はどの程度負担していますか?

50%以上

50%未満

6. 扶養申請をしている方の申請時の保険状況は、どうなっていますか?

前職の保険を喪失したために無保険(退職日: 平成 / 令和 年 月 日)

国民健康保険に加入中

任意継続保険に加入中 (オムロン健康保険 / 他健康保険)

別の家族の保険に被扶養者として加入中 (別の家族の続柄:)

長期間、無保険状態

被保険者がオムロン健康保険に加入(入社、転籍)する際、被扶養者として申請

その他()

7. その他の家族構成 (同居、別居を含めた18歳以上の兄弟姉妹等全家族を記載)

氏名	続柄	年令	年収	住所
			万円	
			万円	

上記のとおり届出します。 令和 年 月 日 被保険者氏名

印