

※扶養(減)の場合は必ず健康保険証を添付してください

【扶養の増加】
 ・無職の家族を扶養に入れる場合
 ・収入が少ない家族を扶養に入れる場合
 ・赤ちゃんを扶養に入れる場合 など

(提出先)
 OC. : K 人事サービスグループ
 関係会社 : 事業所 総務部門
 退職者 : 当健保

健康保険被

◎記入上の注意は別紙を参照してください。

| | | | | |
|----------|--------------------------|---------|---------|------------|
| ①証記号 | 証番号 | ②被保険者氏名 | ③標準報酬月額 | ④事業所略号 |
| 10 | 190000 | 健康 太郎 | 空欄 可 千円 | K |
| ⑤被保険者の住所 | 〒600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入 | | | ⑥事業所外線番号 |
| | 実際の住所を記入 | | | 7-211-1111 |

<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か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は、待期間および給付制限期間であること。
 受給開始日の場合、「長男」「長女」などと記入 歳以上は日額4,999円以下)

| | | | | | | |
|-------|---------|---------------|----------------------|----------------|----------------|----------------|
| 増・減・他 | ⑦続柄* | フリガナ ケンコウ ハナコ | ⑪個人番号(別途提出) | ***** | ⑭職業 | 無職 |
| | 妻 | 健康 花子 | ⑫扶養の増減理由 | 離職 | 事由が起こった日を記入 | 0円 |
| 増・減・他 | ⑧コード* | 22 | ⑬該当日 H R | 1年 5月 1日 | 年間総収入(年金収入を含む) | 0円 |
| | ⑨被扶養者氏名 | 健康 花子 | ⑩被扶養者の住所 | 京都市下京区塩小路通堀川東入 | 実際の住所を記入 | 年金収入がある場合は、記入要 |
| 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 | | 年間総収入(年金収入を含む) | 円 |
| 増・減・他 | コード* | | 該当日 H R | 年 月 日 | 認定日 | 抹消日 |
| | 被扶養者の住所 | | 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | | | |
| 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 | | 年間総収入(年金収入を含む) | 円 |
| 増・減・他 | コード* | | 該当日 H R | 年 月 日 | 認定日 | 抹消日 |
| | 被扶養者の住所 | | 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | | | |
| 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 | | 年間総収入(年金収入を含む) | 円 |
| 増・減・他 | コード* | | 該当日 H R | 年 月 日 | 認定日 | 抹消日 |
| | 被扶養者の住所 | | 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | | | |

(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

事業主記載欄 (退職者は不要)

事業所の所在地

名称

氏名

事業主記載欄
 ・現役社員は提出先に提出すると押印される
 ・退職者は空欄で健保へ提出する

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
 - 養父:71/養母:72
 - 養父:17/養母:18
 - 養子:38/養女:48

扶養(減)の場合は必ず健康保険証を添付してください

【扶養の減少】
 ・扶養家族が就職した場合
 ・扶養家族の収入が条件を超える場合
 ・扶養家族が亡くなった場合 など

(提出先)
 OC. : K 人事サービスグループ
 関係会社 : 事業所 総務部門
 退職者 : 当健保

健康保険被扶

◎記入上の注意は別紙を参照してください。

| | | | | |
|----------|--------|--------------------------|----------|------------|
| ①証記号 | 証番号 | ②被保険者氏名 | ③標準報酬月額 | ④事業所略号 |
| 10 | 101010 | 健康 太郎 | 空欄 可 千円 | K |
| ⑤被保険者の住所 | | 〒600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入 | 実際の住所を記入 | |
| | | | | 7-211-1111 |

<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か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は、待期間および給付制限期間であること。
 受給開始日の場合、「長男」「長女」などと記入 歳以上は日額4,999円以下)

| | | | | | | |
|-------|---------|-------------------------|----------------|-------------------|----------|--------|
| 増・減・他 | ⑦続柄* | フリガナ ケンコウ ハナコ | ⑪個人番号 | 事由が起こった日を記入 | ⑭職業 | パート・年金 |
| | 妻 | 健康 花子 | ⑫扶養の | 就職・収入増加 | ⑮年間総収入 | 135万円 |
| 増・減・他 | ⑧コード* | 生年月日 S H R 45 年 4 月 2 日 | ⑬該当日 | H R 29 年 1 月 31 日 | 年金収入も含む | |
| | 22 | ⑩被扶養者の住所 | 京都市下京区塩小路通堀川東入 | | 実際の住所を記入 | |
| 増・減・他 | 続柄* | フリガナ | 個人番号(別途提出) | ****-****-**** | 職業 | 年間総収入 |
| | 被扶養者氏名 | 扶養の増減理由 | | | | |
| 増・減・他 | コード* | 生年月日 S H R 年 月 日 | 該当日 | H R 年 月 日 | 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 | 年間総収入 |
| | 被扶養者氏名 | 扶養の増減理由 | | | | |
| 増・減・他 | コード* | 生年月日 S H R 年 月 日 | 該当日 | H R 年 月 日 | 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 | 年間総収入 |
| | 被扶養者氏名 | 扶養の増減理由 | | | | |
| 増・減・他 | コード* | 生年月日 S H R 年 月 日 | 該当日 | H R 年 月 日 | 円 | |
| | 被扶養者の住所 | 認定日 | 抹消日 | | | |

(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

事業主記載欄 (退職者は不要)

事業所の所在地 名称 氏名 印

事業主記載欄
 ・現役社員は提出先に提出すると押印される
 ・退職者は空欄で健保へ提出する

- * 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
 - 養父:71/養母:72
 - 養父:17/養母:18
 - 養子:38/養女:48

※扶養(減)の場合は必ず健康保険証を添付してください

【扶養の増加】 入社時に家族を扶養に入れる場合

(提出先)
 OC. : K 人事サービスグループ
 関係会社 : 事業所 総務部門
 退職者 : 当健保

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 わからないときは空欄 | ②被保険者氏名 健康 太郎 | 性別 男・女 | ③標準報酬月額 (申請者は記入不要。事業所で記入) 空欄 可 千円 | ④事業所略号 (退職者は記入不要) K |
| ⑤被保険者の住所 〒600-8530 京都市下京区塩小路通堀川東入 | 実際の住所を記入 | | トール or 外線番号 7-211-1111 | |

<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か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は、待期間および給付制限期間であること。
受給開始日の場合、「長男」「長女」などと記入

| | | | | | |
|-------|-------------|-----------------------------------|---|------------------------------|------------|
| 増・減・他 | ⑦続柄* 妻 | フリガナ ケンコウ ハナコ ⑨被扶養者氏名 健康 花子 | ⑪個人番号 事由が起こった日を記入 | ⑫扶養の 入社 | ⑭職業 パート |
| | ⑧コード* 22 | 生年月日 S H R 45年 4月 2日 | ⑬該当日 H R 29年 6月 21日 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | ⑮年間総収入 (年金収入を含む) 100万円 | |
| | | ⑩被扶養者の住所 京都市下京区塩小路通堀川東入 | | 実際の住所を記入 | |
| 増・減・他 | 続柄* 長男 | フリガナ ケンコウ イチロウ 被扶養者氏名 健康 一郎 | 個人番号(別途提出) | 扶養の増減理由 同上 | 職業 高校生 |
| | コード* 31 | 生年月日 S H R 11年 9月 30日 | 該当日 H R 29年 6月 21日 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | 年間総収入 (年金収入を含む) 24万円 | |
| 増・減・他 | 続柄* 長女 | フリガナ ケンコウ サクラ 被扶養者氏名 健康 さくら | 個人番号(別途提出) | 扶養の増減理由 同上 | 職業 中学生 |
| | コード* 41 | 生年月日 S H R 17年 1月 1日 | 該当日 H R 29年 6月 21日 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | 年間総収入 (年金収入を含む) 0円 | |
| 増・減・他 | 続柄* 空欄 | フリガナ 被扶養者氏名 | 個人番号(別途提出) | 扶養の増減理由 | 職業 |
| | コード* 空欄 | 生年月日 S H R 年 月 日 | 該当日 H R 年 月 日 就職:就職日(保険取得日)、死亡:死亡日 | 年間総収入 (年金収入を含む) 円 | |

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

事業主記載欄
 ・現役社員は提出先に提出すると押印される
 ・退職者は空欄で健保へ提出する

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