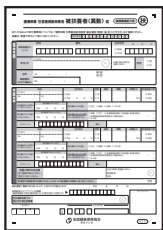


健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動) 届 記入の手引き

結婚や出産等により任意継続被保険者の被扶養者となる場合や、就職等により被扶養者でなくなる場合にご提出ください。

届出書は1枚です。

漏れなく正確にご記入ください。



被保険者ご自身でご記入ください。

添付書類をご用意ください。

被扶養者になる場合

- 収入を証明する書類
 - 同居要件が必要な方は、同居していることを証明する書類
- ※詳しくは、下記「被扶養者の認定」をご確認ください。

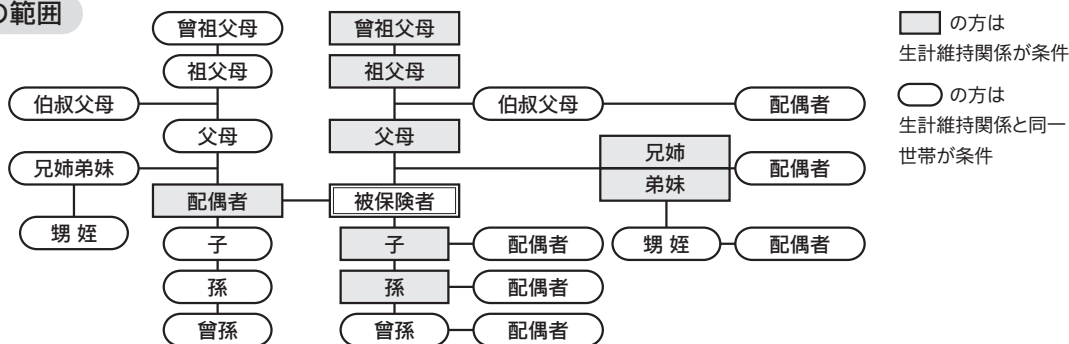
被扶養者でなくなる場合

ご加入時に交付されているその方の保険証を添付してください。
また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらもあわせて添付してください。

被扶養者の認定

任意継続被保険者の被扶養者となる方は、被扶養者となるための要件を満たしていることを確認するため、該当する書類を添付してください。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

被扶養者の範囲



「被扶養者の範囲」の記号	□	○
要件	生計維持関係(収入要件) 年収が130万円未満(60歳以上の方や障害者の場合は180万円未満)、かつ、被保険者の年収の1/2未満(別居の場合は被保険者の仕送り額より少ない。)	生計維持関係(収入要件) 年収が130万円未満(60歳以上の方や障害者の場合は180万円未満)、かつ、被保険者の年収の1/2未満 同一世帯(同居要件)
添付書類 (必要に応じて右記以外の書類をご提出頂く場合があります)	<収入が確認できる書類> ・所得証明書、(非)課税証明書 ・給与証明書、源泉徴収票、直近の確定申告書のコピー ・退職証明書、離職票のコピー など	<収入が確認できる書類> ・所得証明書、(非)課税証明書 ・給与証明書、源泉徴収票、直近の確定申告書のコピー ・退職証明書、離職票のコピー など <同居が確認できる書類> ・住民票(被保険者と続柄が確認できるもの)

※学生及び未就学児の場合は生計維持関係(収入)を証明する書類は添付不要です。
ただし、高校生以上の学生は、職業欄に在学中の学校名及び学年をご記入ください。
※苗字が被保険者の方と異なる場合は続柄の確認できる書類(住民票など)が必要です。

※別居の場合は、仕送り額の確認できる書類が必要です。
※書類の添付ができない場合は、その理由と被扶養者となるための要件を満たしていることを「扶養に関する申立欄」にご記入ください。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。
 TEL 03(XXX)XXXX

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

被保険者記入用

扶

記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届 記入の手引き」をご確認ください。

届書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の(左つめ)	50000013	40	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	4	7	0305
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	印 健保	自署の場合は押印を省略できます。	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所	(〒105-0000)	東京	港区	〇〇	1-1		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX				△△マンション101		

氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保 華子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 26年 7月 3日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	子		万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
被扶養者になる場合 にご記入ください。	被扶養者になった日 平成 26年 7月 3日	被扶養者になる理由 <input checked="" type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他()				
被扶養者でなくなる場合 にご記入ください。	被扶養者でなくなった日 平成 年 月 日	被扶養者でなくなる理由 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(75歳到達)(都道府県名) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(障害認定)(都道府県名) <input type="checkbox"/> その他()				
マイナンバー		備考				
(フリガナ) ケンポ ハナ (氏) 健保 ハナ	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 14年 7月 5日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	母		万円	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
被扶養者になる場合 にご記入ください。	被扶養者になった日 平成 年 月 日	被扶養者になる理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他()				
被扶養者でなくなる場合 にご記入ください。	被扶養者でなくなった日 平成 26年 7月 5日	被扶養者でなくなる理由 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療(75歳到達)(都道府県名 東京都) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(障害認定)(都道府県名) <input type="checkbox"/> その他()				
マイナンバー		備考				
扶養に関する申立欄 (添付書類が提出できない 場合にご記入ください。)	左記の事実と相違ありません。 被保険者 氏名					印
配偶者が被保険者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。						万円

被扶養者に異動がありましたので、上記のとおり届出します。 平成 26年 7月 7日

4 被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

1


28.10 受付日付印

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 1

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、保険証に記載されています。



2 後期高齢者医療制度の被保険者になったことにより被扶養者でなくなるときは、後期高齢者医療制度に加入した都道府県名をご記入ください。

3 被扶養者でなくなる時の届出書をご提出いただく際に保険証を添付できない場合は、その旨ご記載ください。

4 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。(平成29年1月以降の申請から使用してください。)