

健康保険被扶養者異動願

増

事業所名			
被保険者氏名	保険証No.		
被扶養者氏名	フリガナ		
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
性別	男 ・ 女		
収入	有 ・ 無		
	収入の見込額	年額	円
	〈収入の基準〉		
	60歳未満	→	年間130万円未満
60歳以上または障害者	→	年間180万円未満	
住所	被保険者と同居 ・ 別居（別居のとき下欄へ住所をご記入下さい）		
	フリガナ		
	〒		
異動理由	出生 ・ 婚姻 ・ 離職 ・		
	その他の理由（上記に当てはまらない場合）		

添付書類

必須書類

- 戸籍抄本・戸籍謄本・住民票(※1)いずれかの原本
(※1 被保険者と扶養認定を受ける方が同居していて、被保険者が世帯主である場合に限る)
- 配偶者の方(60歳未満) 年金手帳のコピー（基礎年金番号の記入があるところ）
※年金手帳がない場合本人確認の必要があります。
- 婚姻の時 婚姻してから扶養までの手続きが月をまたぐ時にはその日を確認できる公的証明のコピー
- 離職による時 退職日の確認できるもの
(脱退連絡票・源泉徴収票・離職票・雇用保険受給資格者証などのコピー)
- 出産による退職の時 出産予定の場合には予定日・出産手当金について教えてください
- 年金収入のある方 年金支払通知書コピーまたは年金証書コピー
- 外国籍の方の場合 在留カードコピー
- 高校・大学等の場合 学校名・学年

※ 不明なことがありましたらその都度ご連絡いただくとたすかります。