

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者（異動）届

認定
 削除
 訂正・住所変更等
（該当する項目に☑）

事業主記入欄	事業主所在地 事業主名称 事業主氏名	本書のとおり相違ないことを確認しました。 令和 年 月 日提出	受付日付印								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">事業所ビル名</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">確認者</td> <td style="text-align: center;">担当者</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>			事業所ビル名				確認者	担当者		
	事業所ビル名										
確認者	担当者										

届出書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧にご記入ください。

被保険者欄	被保険者証	記号	番号										
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
	現住所	〒											

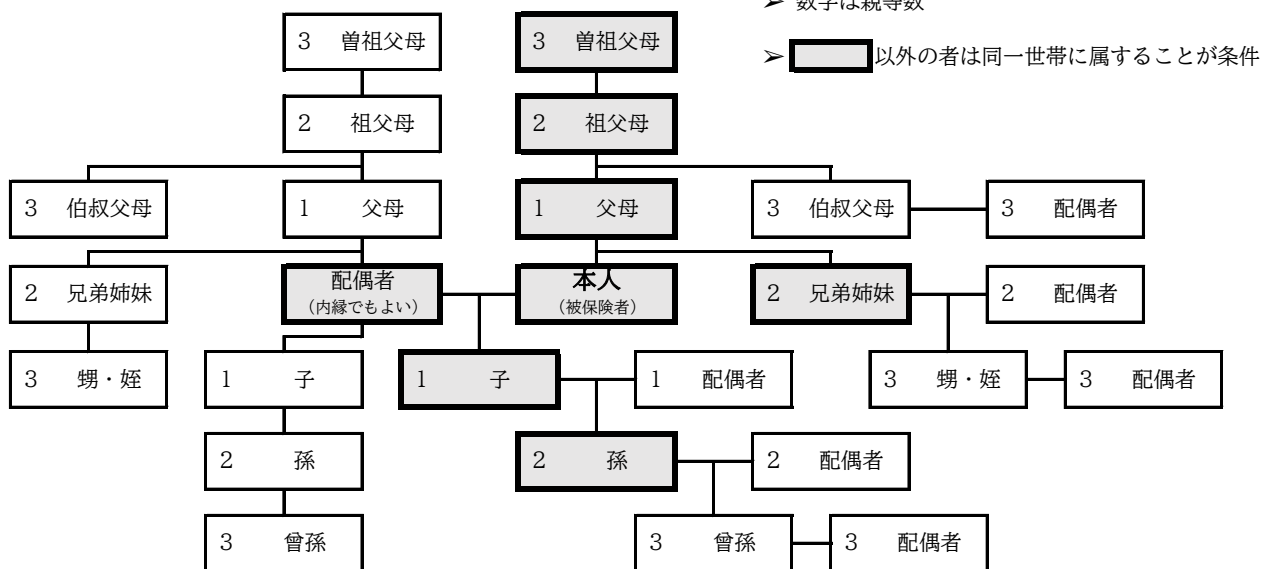
被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 小・中学生以下 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 高・大学生 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()	収入	(年額)		円	(月額)		円		
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 本人取得 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 婚姻 ()						
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 他()						
	住民票の住所	〒										健保組合記入欄	認定年月日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同居	(同居で、住民票の住所と同じ場合は「同上」とご記入ください)										健保組合記入欄
	<input type="checkbox"/> 別居	〒										健保組合記入欄	

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		
	続柄		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 小・中学生以下 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 高・大学生 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()	収入	(年額)		円	(月額)		円		
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 本人取得 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 婚姻 ()						
	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 他()						
	住民票の住所	〒										健保組合記入欄	認定年月日
	現住所	<input type="checkbox"/> 同居	(同居で、住民票の住所と同じ場合は「同上」とご記入ください)										健保組合記入欄
	<input type="checkbox"/> 別居	〒										健保組合記入欄	

- 裏面をご確認のうえ太枠内をご記入いただき、事業主へ提出してください。
- 扶養家族の認定／削除がない場合でも、住所変更等がある場合は必ず提出してください。

備考	
-----------	--

■ 被扶養者の範囲



■ 被扶養者の認定条件

扶養の認定にあたっては、認定対象者が以下の条件をすべて満たしてはなりません。

- 主として被保険者の収入によって生計維持されていること。
- 年間収入が130万円未満（60歳以上または障害厚生年金を受けられる程度の障害者の場合は180万円未満）であること。【※1】
- 被保険者の年収の2分の1未満であること。
- 別居の場合、被保険者からの仕送り額が認定対象者の年間収入より多いこと。（最低年間65万円以上）

【※1】 年間収入130万円未満（60歳以上の場合は180万円未満）とは、1ヶ月の収入が108,334円未満（60歳以上の場合は150,000円未満）、1日の収入が3,612円未満（60歳以上の場合は5,000円未満）とする。

■ 提出書類

《「認定」の場合》

- ① 健康保険被扶養者異動届（「認定」に☑）
- ② 世帯全員の住民票原本（続柄記載有/マイナンバー記載無）
なお、住民票が別々で続柄が確認できない場合は、戸籍謄本原本を併せて提出ください。
- ③ 扶養事情説明書
認定対象者ごとに、配偶者用、子用、父母用、その他の親族用の4種あります。
- ④ 扶養事情説明書に☑を記入後、該当の「提出書類」欄に記された書類（直近のもの）
- ⑤ 認定対象者が配偶者（20歳以上60歳未満）の場合は「国民年金第3号被保険者資格取得届」

《「削除」の場合》

- ① 健康保険被扶養者異動届（「削除」に☑）
- ② 削除対象者のワコール健康保険証
- ③ 削除理由が就職の場合は、その方の就職先の保険証のコピー

■ 注意事項

- 被扶養者の認定、削除の当該事実が発生しましたら、すみやかに必要書類を人事部または各事業所人事総務課に提出してください。なお、訂正・住所変更等につきましては直接、健保組合へ提出してください。
- 認定対象者の収入や生活の実態、被保険者の経済的扶養能力等を総合的に審査の上、認定の可否を決定します。また、状況により追加書類の提出を求められることがあります。
- 虚偽の届出、または故意に届出をしなかった事実が判明した場合は、被扶養者の資格を取り消します。

扶養事情説明書のダウンロード、その他の詳細確認は、
ワコール健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは？
> 家族が加入・脱退するとき をご覧ください。

ワコール健保 🔍

