

両面コピーで
出力してください

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当者

認定 削除 訂正・住所変更等 (該当する項目に☑)

事業主記入欄	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		事業所ビル名	受付日付印		
	事業主所在地	事業主が記入します			確認者	担当者
	事業主名称					
事業主氏名						

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

被保険者欄	被保険者証 記号	9	番号	99999						
	氏名 (フリガナ)	ワコウ	タロウ	生年月日	昭和 平成	48年	11月	18日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名 (自署)	和江	太郎							
現住所	〒 999-9999 ○○県○○市○○区○○町12-34									

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	ワコウ	イチロウ	生年月日	昭和 平成 令和	14年	2月	9日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名 (氏)	和江	一郎							
	続柄	長男	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 小・中学生以下 <input checked="" type="checkbox"/> 高・大学生 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> その他()	収入	(年額)		(月額)		
	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						
	被扶養者でなくなった日	令和 3年 4月 1日	理由	<input checked="" 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	〒 999-9999 ○○県○○市○○区○○町12-34								
現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居	(住民票の住所と同じ場合は「同上」とご記入ください) 〒 000-0000 △△県△△市△△町99-99								
					健保組合記入欄	認定年月日				
						健保組合が記入します				

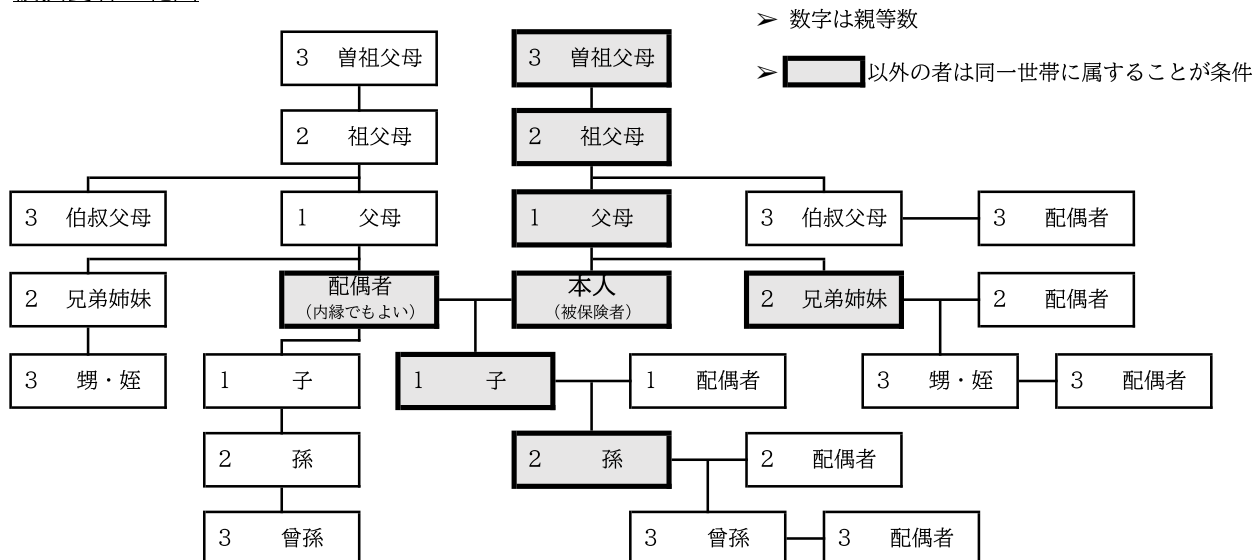
被扶養者欄	氏名 (フリガナ)			生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名 (氏)									
	続柄		職業	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	収入	(年額)		(月額)		
	被扶養者になった日	令和 年 月 日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 他						
	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	〒								
現住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(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	認定年月日				
						削除年月日				

削除理由が就職等により他健保加入の場合は、その方の
 ①新しいの保険証のコピー
 ②ワコールの保険証
 を添付してください。

- 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。

【※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 続柄、マイナンバー記載有りの世帯全員の住民票原本（保険証連携の為）
住民票が別々に続柄が確認できない場合は、戸籍謄本原本を併せて提出
- 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）
- 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 削除理由が就職などにより他の健康保険組合に加入した場合は、新しい保険証のコピー

■ 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 🔍

