

記入後、届書をFAXにて送信し、後日、原紙を提出してください。健保組合のFAX受信日を申請受付日とします。(FAX 076-444-8037)

提出書類については、健保組合までお問い合わせください。(TEL 076-444-8007)

正

事業所の所在地

名称

## 健康保険 被扶養者(異動)届

部所名(事業所) \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

TEL(内線) \_\_\_\_\_

常務理事	事務長	合議	係	台帳
				備考

令和 年 月 日 提出

被保険者記号番号	被保険者氏名	生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	性別	男 女	報酬月額 千円
資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日	被保険者住所(居所) 〒 _____ ◇住民票住所 □同上 □〒 _____	個人番号 * * * * * * * * * * * * * *			

被保険者の配偶者について(子の申請を行う場合に1~4から選択してください)

1. 配偶者なし

2. 配偶者はあなたの被扶養者である(または申請中である)

3. 配偶者はTISインテックグループ健保の被保険者である ⇒ 配偶者の氏名 \_\_\_\_\_ 記号-番号 \_\_\_\_\_

4. 上記(1~3)以外 ⇒ 配偶者の収入(月額) \_\_\_\_\_ 円

区分	②フリガナ 被扶養者氏名		③性別 男・女	④配偶者 有・無	⑤生年月日 昭 平 令	⑥続柄	⑦同居・別居の別 同居/別居(別居の場合) 〒 _____ 別居(学生) 別居(单身) 〒 _____	⑧被扶養者の住所(居所) (別居の場合は住所を記入) ◇被扶養者住民票住所(都道府県以下全て)	⑨職業 ⑩学年	⑪今後の収入見込額(月額) 年:年金 不:不動産 パ:パート 他:その他	⑫仕送額(月額) ⑬年金の略称	⑭扶養開始または終了年月日 ⑮届出の理由	認定日 ※	⑯特記事項 (該当にチェック)	⑰雇用保険 失業給付受給 資格確認書 (発行条件要確認)
	⑱個人番号 * * * * * * * * * * * * * *														
新增減			男・女	有・無											資格無 予定有・無 延長予定 延長中 <input type="checkbox"/> 長期療養中 <input type="checkbox"/> 障害認定者 <input type="checkbox"/> 発行が必要
新增減			男・女	有・無											資格無 予定有・無 延長予定 延長中 <input type="checkbox"/> 長期療養中 <input type="checkbox"/> 障害認定者 <input type="checkbox"/> 発行が必要
新增減			男・女	有・無											資格無 予定有・無 延長予定 延長中 <input type="checkbox"/> 長期療養中 <input type="checkbox"/> 障害認定者 <input type="checkbox"/> 発行が必要

### 扶養事情証明書

⑳扶養の状態及び理由等(詳しく記入してください)

( )の健保離脱証明書の発行をお願いします。送付先は 会社・自宅(理由: )

健保組合受付印

( <副>の[⑱資格確認書の発行について]および[届出にあたっての留意点]をよくお読みください)

[※]印は健保組合で記入

健康保険  
被扶養者認定通知書

副

事業所の  
所在地

名称

部所名  
(事業所)

TEL(内線)

担  
当

令和 年 月 日

提出

被保険者 記号 番号	被保険者氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 女	※ 報酬月額								
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者住所	〒			千円								
被保険者の配偶者について (子の申請を行う場合に1~4から 選択してください)		<input type="checkbox"/> 1. 配偶者なし		<input type="checkbox"/> 3. 配偶者はTISインテックグループ健保の被保険者である →		配偶者の氏名	記号-番号	-							
		<input type="checkbox"/> 2. 配偶者はあなたの被扶養者である(または申請中である)		<input type="checkbox"/> 4. 上記(1~3)以外		⇒ 配偶者の収入(月額)	円								
① 区分	② フリガナ 被扶養者氏名	③ 性別	④ 配偶者 有・無	⑤ 生年月日 昭 平 令	⑥ 続柄	⑦ 同居・ 別居の別 ◇被扶養者住民票住所(都道府県以下全て)	⑧ 被扶養者の住所(居所) (別居の場合は住所を記入)	⑨ 職業 ⑩ 学年	⑪ 今後の収入見 込額(月額) 年:年金 不:不動産 パ:パート 他:その他	⑫ 仕送額 (月額)	⑬ 年金の略称	⑭ 扶養開始または 終了年月日	⑮ 届出の理由	⑯ 認定日 ※	⑰ 雇用保険 失業給付受給 資格確認書 (発行条件要確認)
新增減		男・女	有・無	昭 平 令		同居/別居 別居(学生) 別居(单身) 〒	(別居の場合) 〒		年 不 パ 他						※ 資格無 予定有・無 延長予定 延長中 □ 長期療養中 □ 障害認定者 □ 発行が必要
新增減		男・女	有・無	昭 平 令		同居/別居 別居(学生) 別居(单身) 〒	(別居の場合) 〒		年 不 パ 他						※ 資格無 予定有・無 延長予定 延長中 □ 長期療養中 □ 障害認定者 □ 発行が必要
新增減		男・女	有・無	昭 平 令		同居/別居 別居(学生) 別居(单身) 〒	(別居の場合) 〒		年 不 パ 他						※ 資格無 予定有・無 延長予定 延長中 □ 長期療養中 □ 障害認定者 □ 発行が必要

[資格確認書の発行について]

- 資格確認書の発行が必要な場合(※)は、⑱資格確認書の「発行が必要」の□に✓を付けてください。  
※以下に該当する場合に限ります。
  - マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
  - マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
  - マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

[届出にあたっての留意点]

- 扶養家族に異動があった場合は、5日以内に届出してください。
- 被扶養者の範囲、基準について確認の上、届出してください。記入例、記入方法をご参照ください。

(被扶養者の範囲)

- ア. 直系尊属、配偶者(内縁関係でもよい)、子、孫、兄弟姉妹で被保険者により主として生計を維持されているもの。
- イ. 被保険者の3親等内の親族であって、被保険者と同一の世帯に属し、主として生計を維持されているもの。
- ウ. 被保険者と内縁関係にある配偶者の父母、子であって、同一の世帯に属し、主として生計を維持されているもの。
- エ. 75歳未満(後期高齢者医療制度の適用対象外)のもの。
- オ. 日本国内に住所を有するもの。

(被扶養者の基準)

- ア. 年間収入が130万円(60歳以上または障害者は180万円)未満であること。
- イ. 被保険者と同一の世帯の場合、申請対象者の年収が、被保険者の年収の2分の1未満であること。
- ウ. 被保険者と同一の世帯でない場合、申請対象者の年収が、被保険者からの仕送り額より少ないこと。