【健康保険とは】

病気やけが、またはそれによる休業、出産や死亡といった事態に備えるため、国民全員が加入している公的な医療保険制度の一つに「健康保険」があります。保険証を病院の窓口に提示すると、一部の医療費負担で必要な治療が受けられるようになります。

【健康保険の扶養者とは】

健康保険には扶養という制度があります。「家族を扶養する」とは「あなた（被保険者）の収入でご家族（被扶養者）が生活している」状態を指し、手続きをすると保険証が発行されて被扶養者も被保険者同様の健康保険を使えるようになります。対象となるご家族がいるか、下記にてご確認ください。

【START】 対象の家族が…
被保険者と家計を共にし「主として」被保険者の収入で生計が維持されている

※被保険者：就任者である「あなた」です

YES → NO → ✕ 扶養申請出来ません

75 歳未満で、他の家族に扶養されていない 3 親等内の親族である

YES → NO → ✕ 扶養申請出来ません

【60 歳未満】
今年 1 年間の収入が 130 万円未満
且つ
1 か月あたりの収入が 10 万 8334 円未満

【60 歳以上または障害者】
今年 1 年間の収入が 180 万円未満
且つ
1 か月あたりの収入が 15 万円未満

※収入とは給与や事業収入以外に、傷病手当金や出産手当金、各種年金、失業給付、利子配当、不動産収入等を含む

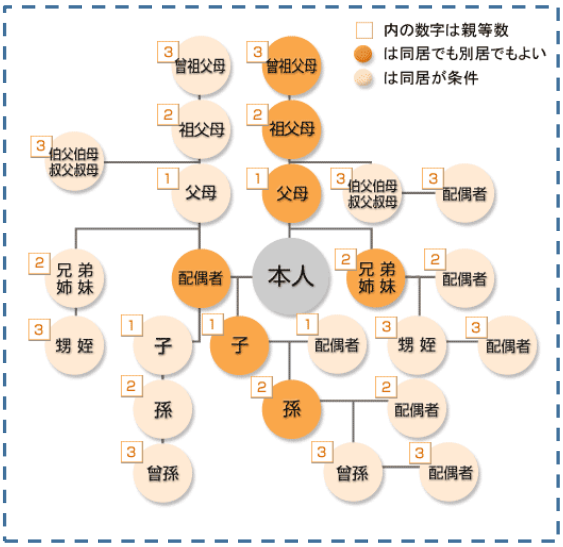
YES → NO → ✕ 扶養申請出来ません

被保険者と同居している

YES → NO →

同居・別居を問わず扶養可能な親族である
（※右図の 3 親等の親族図を参照）

YES → NO → ✕ 扶養申請出来ません



収入が被保険者の収入の 1/2 未満である

YES → NO → ✕ 扶養申請出来ません

収入が被保険者からの仕送り額より少ない
（※仕送り額は 1 か月あたり 8 万円以上）

YES → NO → ✕ 扶養申請出来ません

扶養認定の申請ができます

扶養認定の申請が可能なご家族がいる場合は、別紙【ご家族等、扶養する人がいる就任者へのご案内】をご一読のうえ、必要資料を揃えて就任日当日にご提出ください。添付資料に不備・不足等があると、揃うまで申請が出来ず保険証の発行が遅れますので、予めご承知おきください。

総務人事課

【ご家族等、扶養する人がいる就任者へのご案内】

就任者の皆様には、入職に合わせて健康保険に加入する手続きを病院が行い、健康保険証が発行されますが、ご家族等扶養する方がいらっしゃる場合には、就任者との続柄に応じて、下記の書類と合わせて別途手続きが必要となります。該当する場合には**いずれも「写（コピー）」**で、**「扶養届」**、**「健康保険被扶養者（異動）届」**と共にご用意いただき、就任日当日にご提出くださいますよう、ご理解、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

（注：公的機関発行の書類については交付日より３カ月以内のものを目安にご用意ください）

【被扶養者の認定に必要な書類】

＜　提出必須　：　被保険者（就任者）と被扶養者（ご家族）が同居している場合　＞

・**住民票**

※家族全員分（続柄あり、マイナンバー記載なし）

＜　提出必須　：　被保険者（就任者）と被扶養者（ご家族）が別居している場合　＞

・**住民票**

※被保険者 家族全員分（続柄あり、マイナンバー記載なし）

※被扶養者 家族全員分（続柄あり、マイナンバー記載なし）

・**戸籍謄本**　または　**戸籍抄本**

※被保険者と被扶養者の続柄がわかるもの

・**仕送り証明（通帳のコピー等）**

※1 月当たり約８万円以上必須。また、被扶養者の収入よりも高いことが必要。

＜　配偶者　が居る場合　＞

・配偶者の　**源泉徴収票**　または　**課税（非課税）証明書**

※被扶養者と「する」／「しない」に係わらず、必ずどちらか１点

注）特に配偶者に収入がある場合、原則「収入の高額な方」の扶養に入れるため、健康保険組合で被扶養者とするか否かの判断資料として必要となります。ご了承ください。

＜　高校生以上のご家族　を被扶養者とする場合　＞

・全日制の学校に通っている方　→　**在学証明書**

・上記以外の方　→　**源泉徴収票**　または　**課税（非課税）証明書**

・年金受給中の方　→　**年金受取通知書**

※その他、続柄や状況によって必要となる書類が変わるため、場合によっては入職後に新たな書類提出をお願いすることもございます。

【問い合せ先】

総務人事課　花村／奥村

TEL:03（3862）9236

（総務人事課直通）

部　長	課　長	係　長	係

正

健康保険被扶養者（異動）届

提出者（事業所）記入欄

事業所記号　1 5 6 3　　令和　年　月　日提出

届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地　〒　－

事業所名称　〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地
社会福祉法人 三井記念病院

事業主氏名　理事長 岩 沙 弘 道　㊞

電話番号　03(3862)9111(代表)　（　　）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印　㊞

被保険者

被保険者番号

氏名　(フリガナ)　(氏)　(名)　㊞

生年月日　昭和 平成　年　月　日　性別　1. 男　2. 女

資格取得年月日　昭和 平成 令和　0 2 年 0 4 月 0 1 日

被保険者の標準報酬月額　千円

被保険者の住所電話番号　〒　－　（　　）

備考　源泉扶養控除　有・無　扶養手当　有・無
雇用保険受給　有・無　配偶者　有・無

副 の裏面をご確認ください。

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) (氏名)				昭和 平成 令和　年　月　日	1. 男　2. 女
					被扶養者個人番号	

被扶養者の住所	同居・別居	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由
	〒	年　月　日	年　月　日	

※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年　月　日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日	年　月　日

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) (氏名)				昭和 平成 令和　年　月　日	1. 男　2. 女
					被扶養者個人番号	

被扶養者の住所	同居・別居	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由
	〒	年　月　日	年　月　日	

※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年　月　日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日	年　月　日

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) (氏名)				昭和 平成 令和　年　月　日	1. 男　2. 女
					被扶養者個人番号	

被扶養者の住所	同居・別居	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由
	〒	年　月　日	年　月　日	

※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年　月　日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日	年　月　日

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) (氏名)				昭和 平成 令和　年　月　日	1. 男　2. 女
					被扶養者個人番号	

被扶養者の住所	同居・別居	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由
	〒	年　月　日	年　月　日	

※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年　月　日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日	年　月　日

※被扶養者の削除を届出される場合には、誤使用防止の為、必ず被保険者証を添付してください。

（1. 5）

就任者が主に生計を立て、ご家族が健康保険を必要とする場合に提出する書類です。対象のご家族に、条件以上の収入がある、等の場合は提出不要です。

部長	課長	係長	係

正

健康保険被扶養者（異動）届

記入例

提出者（事業所）記入欄	
事業所記号	1 5 6 3
令和　年　月　日提出	
届書記入の個人番号に誤りがないことを確認しました。	
事業所所在地	〒　－
事業所名称	〒101-8643 東京都千代田区神田和泉町1番地 社会福祉法人 三井記念病院
事業主氏名	理事長 岩沙弘道
電話番号	03(3862)9111(代表)　（　　）

㊞

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印　㊞

副 の裏面をご確認ください。

被保険者												
被保険者番号		氏名	(フリガナ) ミツイ タロウ									
			(氏) 三井	(名) 太郎	三井	生年月日	昭和 平成	5	0	1	0	1	性別 1.男 2.女
資格取得年月日	昭和 平成 令和	0	2 年	0	4 月	0	1 日	被保険者の標準報酬月額	千円	被保険者の住所電話番号	〒　－ 東京都千代田区神田和泉町2-6 03（3862）9111	
備考	源泉扶養控除 有・無　扶養手当 有・無　雇用保険受給 有・無　配偶者 有・無											

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) ミツイ ハナコ / (氏名) 三井 花子	妻	パート	5万	昭和 平成 令和 5 年 0 月 1 日 / 被扶養者個人番号 9999999999999	1.男 2.女
被扶養者の住所	同居・別居	〒 同上	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由	
			R2 年 4 月 1 日	年 月 日	入職の為	
※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年 月 日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日 年 月 日

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) ミツイ ハナエ / (氏名) 三井 花江	長女	無	0	昭和 平成 令和 2 年 2 月 0 日 / 被扶養者個人番号 8888888888888	1.男 2.女
被扶養者の住所	同居・別居	〒 同上	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由	
			R2 年 4 月 1 日	年 月 日	入職の為	
※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年 月 日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日 年 月 日

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) / (氏名)				昭和 平成 令和 年 月 日 / 被扶養者個人番号	1.男 2.女
被扶養者の住所	同居・別居	〒	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由	
			年 月 日	年 月 日		
※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年 月 日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日 年 月 日

増減別	氏名	被保険者との続柄	被扶養者の職業	被扶養者の月平均収入額	被扶養者生年月日	性別
増・減	(フリガナ) / (氏名)				昭和 平成 令和 年 月 日 / 被扶養者個人番号	1.男 2.女
被扶養者の住所	同居・別居	〒	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	被扶養者になった理由 被扶養者でなくなった理由	
			年 月 日	年 月 日		
※この欄には記入しないでください。	被扶養者証交付年月日	年 月 日	備考	被扶養者証回収の有無	添付・返不能・滅失	回収年月日 年 月 日

※被扶養者の削除を届出される場合には、誤使用防止の為、必ず被保険者証を添付してください。

（1．5）