

被扶養者異動届に添付する書類

※該当するところの○印の書類を添付してください

	被扶養者 現況届	世帯全員の 住民票	被扶養者の 戸籍謄本又 は抄本	所得の ある者	所得の ない者	学生の場合	年金受給者	任意継続被保険 者だった者	雇用保険 加入者	休業補償受給 者	就業して いる者	自営業者等	自営業を廃業 した場合	身体障害者	別居の場合	備 考	
				所得証明者	非課税 証明書	在学証明書 (学生証の写可)	直近の年金振 込 通知書等	資格喪失 証明書	受給証明書 (受給終了)	受給証明書 (傷病手当金等)	最近3か月間 の給与 明細書	直近の確定申 告書	個人事業の廃 業届	身体障害者手 帳(写)	仕送額を証明するもの (銀行等の振込受給 書、郵便局の書留控え など3か月以上継続し たもの)		
配偶者	妻	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	夫	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
子ども	16歳未満実子 (義務教育)																
	16歳未満 継・養子		○	○												同一世帯において扶 養能力がある者が2人 以上ある場合は、そ の全員の所得証明書 を添付してください。	
	16歳以上 (高校生以上)	○ 学生は除く		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○ 学生は除く
	16歳以上 継・養子	○ 学生は除く	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○ 学生は除く 継子は別居不可
子の配偶者	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
実父母	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
養父母	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
配偶者の父母	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	夫婦等生計維持関係 にある場合は、それ ぞれの所得証明書を 添付してください。	
継父母	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
祖父母	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
配偶者の祖父母	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
孫	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
弟・妹	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	父兄がいる場合は、 その父兄の所得証明 書を添付してくださ い。	
兄・姉	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
その他 (叔父・伯母等)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
備 考			世帯全体の住 民票において 続柄が明確な 場合は省略可						受給放棄の場 合はその理由 を現況届に明 記							給与証明書で も可	

注) 1. 生計維持に関する証明は、その該当するものを添付してください。

2. 上記の年金とは、厚生年金(老齢年金、通算老齢年金、遺族年金、障害年金)、国民年金(老齢年金、障害年金、老齢福祉年金等)

各共済年金(国家公務員共済組合、地方公務員共済組合、公共企業体職員等共済組合、農林漁業団体職員共済組合、私立学校職員共済組合等)、船員保険等

3. 扶養には、さまざまな形態がありますので、上記必要書類等で確認の判断が難しいときは、上記以外の書類の提出をお願いする場合がありますのでご了承ください。

4. この届出は事業主を経由して健保組合に提出していただくこととなりますが、届出以外の書類等(収入の証明書等)の提出が必要な場合、その書類等の内容はその方の個人情報にあたることとなります。

つきましては、届出に際して必要な添付書類に限り直接健保組合に提出いただいて結構です。

常務理事	部長	課長	係長	主任	担当者	データ
------	----	----	----	----	-----	-----

記入例

被扶養者異動届(認定・抹消)

標準報酬

千円

被保険者	被保険者証	記号	番号	フリガナ	オオサカ イチロウ	大阪	生年月日	昭平	年	月	日	5	5	0	1	0	1	
	性別	男・女	資格取得年月日	昭和	年	月	日	平成	20	0	4	0	1	住所	〒530-0001 大阪府大阪市北区梅田〇-〇-〇			

被扶養者	フリガナ	氏名	生年月日	続柄	身分(職業)	住所	認定・抹消の年月日及び理由		認定・抹消年月日	被保険者証 回収区分							
							年・月・日	理由									
	フリガナ	オオサカ	ハナコ	昭平	年	月	日	男・女	妻	無職	大阪府大阪市北区梅田〇-〇-〇	年	月	日	退職のため	認定・抹消	添付 返不能 滅失
	※	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	一人番号を記入してください			
	フリガナ	(氏)	(名)	昭平	年	月	日	男・女				年	月	日		認定・抹消	添付 返不能 滅失
	※	一人番号を記入してください															
	フリガナ	(氏)	(名)	昭平	年	月	日	男・女				年	月	日		認定・抹消	添付 返不能 滅失
	※	一人番号を記入してください															
	フリガナ	(氏)	(名)	昭平	年	月	日	男・女				年	月	日		認定・抹消	添付 返不能 滅失
	※	一人番号を記入してください															

- * 被扶養者の個人番号は※欄に記入して下さい。
- * 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。
- * 事業主の押印については、署名(自筆)の場合は省略できます。但し、複写の場合は事業主の押印が必要です。

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

事業所所在地	平成 28 年 4 月 20 日提出
事業所名称	〒 500 - 0000
事業主氏名	大阪市〇〇区〇〇〇3-2-1
	株式会社 健保金属
	代表取締役社長 健康 大一
電話	06 (6345 局) 6789 番

社会保険労務士の提出代行者印

印

受 付

月 日証交付・回収済