

健保 ← 事業所 ← 本人  
担当課

# 健康保険被扶養者(異動)届

(被保険者証と必要な証明書類を添付して下さい)

決 済 日 付 印	常務理事	事務長	事務次長	担 当

被 保 險 者	① 記号	② 番 号					⑥ 性 別 男・女	⑦ この届を出す前の 被扶養者人員	⑧ 異 動 の 別 人	⑨ 該 当 ・ 不該当	⑨ 異動の理由				
	③ フリガナ 氏 名	⑩ 住 所													
	④ 生年月日	昭平	年	月	日	生									
対 象 者	⑤ 資格取得 年月日	昭平	年	月	日	資格取得	⑪ 該当理由が出生の 場合は分娩者氏名								
	⑫ フリガナ 被扶養者氏名	⑬ 元号生年月日		⑭ 性 別	⑮ 続 柄	⑯ 職 業	⑰ 平 均 収入額	⑱ 同 居 別 居	⑲ 該 当 不該当	年 月 日	備 考	⑳ マイナンバー			
		昭平	年	月	日	男・女			同 居 ・ 別 居	年 月 日					
		昭平	年	月	日	男・女			同 居 ・ 別 居	年 月 日					
		昭平	年	月	日	男・女			同 居 ・ 別 居	年 月 日					
	昭平	年	月	日	男・女			同 居 ・ 別 居	年 月 日						

(注) この届書の記入方法については裏面をよくお読み下さい。  
※印欄は記入しないで下さい。

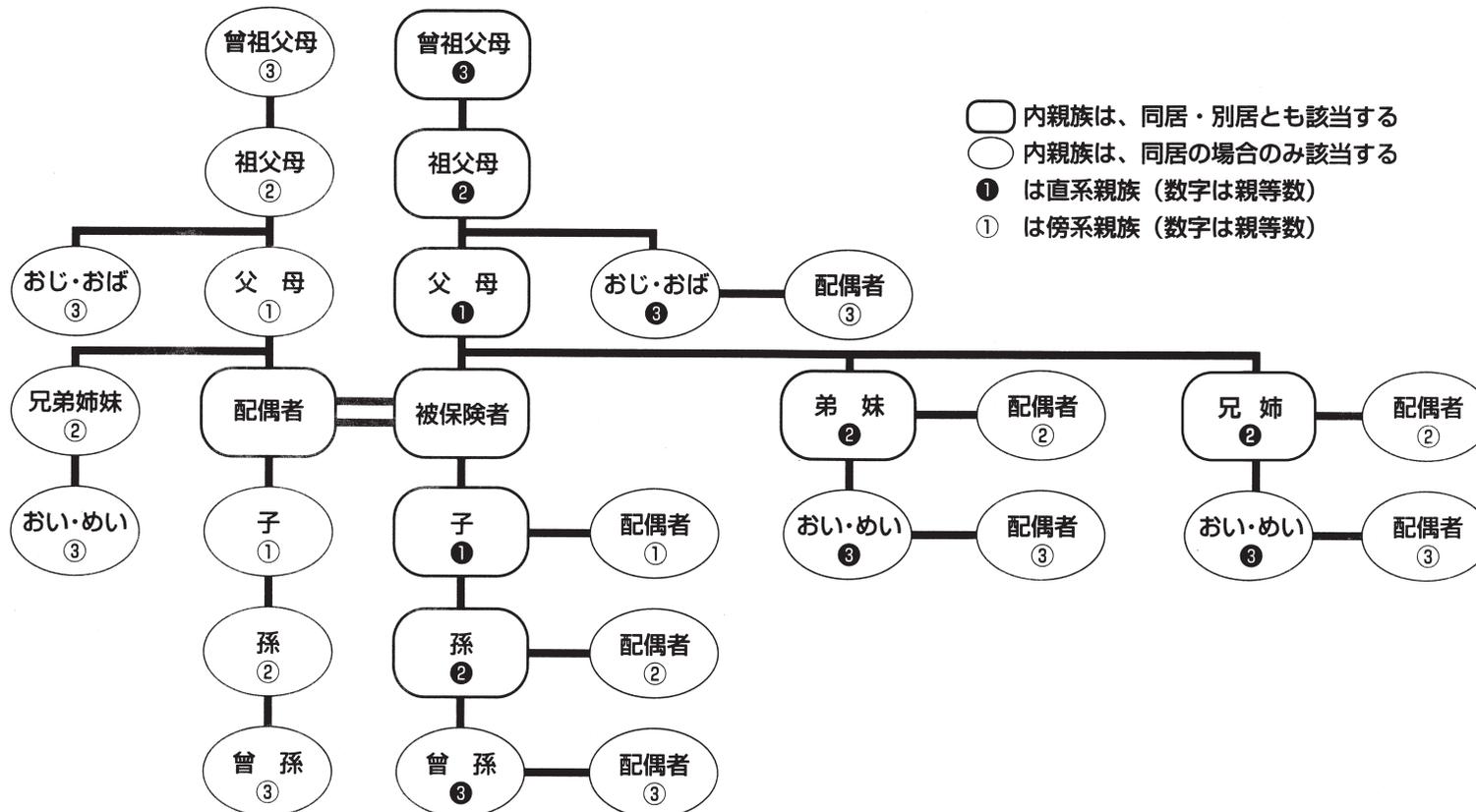
※ 書類整理番号	※ 認定・削除 年月日
	年 月 日

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(	局) 番

IHG・ANAホテルズ健康保険組合

## 扶養対象者該当表



- 内親族は、同居・別居とも該当する
- 内親族は、同居の場合のみ該当する
- ① は直系親族（数字は親等数）
- ① は傍系親族（数字は親等数）

### (記入方法)

1. ①②③④⑤⑥は被保険者証に記載のとおり記入してください。
2. ⑦はこの届を出す前の被扶養者の人数を記入してください。
3. ⑧は新規に被扶養者として申請する場合は「該当」を、現在の被扶養者から削除する場合は「不該当」に○で囲んでください。
4. ⑨は「出生の為」「退職の為」「結婚の為」「死亡の為」「就職の為」など具体的に記入してください。
5. ⑩は郵便番号・都道府県名から番地まで省略することなく記入してください。
6. ⑪は「出生の為」で被扶養者の申請をする場合、分娩者の氏名を記入してください。
7. ⑫⑬⑭は戸籍に記載されているとおり記入してください。
8. ⑮は被保険者との関係を明確にする「妻」「長男」「次女」「実父」「養母」「姉」「孫」などと記入してください。
9. ⑯は「主婦」「中学3年」「大学2年」「専門学校1年」「派遣社員」など実態がわかるように記入してください。
10. ⑰は給与・土地収入・年金など対象者の年収を月平均したものを記入してください。(仕送り分は加えない)
11. ⑱は共に食事をとる生活をしている場合は同居に○で囲んでください。(2世帯住宅は別居となります)
12. ⑲は⑧と同じように○で囲み、元号で記入してください。
13. ⑳はマイナンバーを記入してください。

## 生計維持関係の確認

### 同居の場合

- ・対象者の年収が<sup>※注1</sup>130万円以上の場合は該当しません。
- ・対象者の年収が被保険者の1/2以上の場合は該当しません。
- ・対象者と被保険者の一人当たりの生計費が検討の対象となります。

### 別居の場合

- ・対象者の年収が<sup>※注1</sup>130万円以上の場合は該当しません。
- ・対象者の年収が被保険者の仕送り以上の場合は該当しません。
- ・対象者と被保険者の一人当たりの生計費が検討の対象となります。

注1 対象者が60歳以上または障害者の場合、下線部は180万円となります。