

被扶養者異動届

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	申請日	年 月 日
	記号	番号	被保険者 氏名	電話番号	
				生年月日	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
住所 (住民票)	〒				

被 扶 養 者 ①	フリガナ		※続柄	性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	異動事由	追加 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> その他 削除 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	異動年月日	令和	年 月 日	住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 同居 〒 <input type="checkbox"/> 別居→
	医療助成 について	<input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合医療受給者証の(写)を提出してください			

被 扶 養 者 ②	フリガナ		※続柄	性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	異動事由	追加 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> その他 削除 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	異動年月日	令和	年 月 日	住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 同居 〒 <input type="checkbox"/> 別居→
	医療助成 について	<input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合医療受給者証の(写)を提出してください			

被 扶 養 者 ③	フリガナ		※続柄	性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	異動事由	追加 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> その他 削除 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	異動年月日	令和	年 月 日	住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 同居 〒 <input type="checkbox"/> 別居→
	医療助成 について	<input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合医療受給者証の(写)を提出してください			

被 扶 養 者 ④	フリガナ		※続柄	性別	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	異動事由	追加 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> その他 削除 <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	異動年月日	令和	年 月 日	住所 (住民票)	<input type="checkbox"/> 同居 〒 <input type="checkbox"/> 別居→
	医療助成 について	<input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※ありの場合医療受給者証の(写)を提出してください			

※続柄は、子と記入せず、長男、二女、養子など具体的に記入してください。

配偶者が扶養に入っていない場合、配偶者の収入を記載ください。
¥

◆申請ルート◆

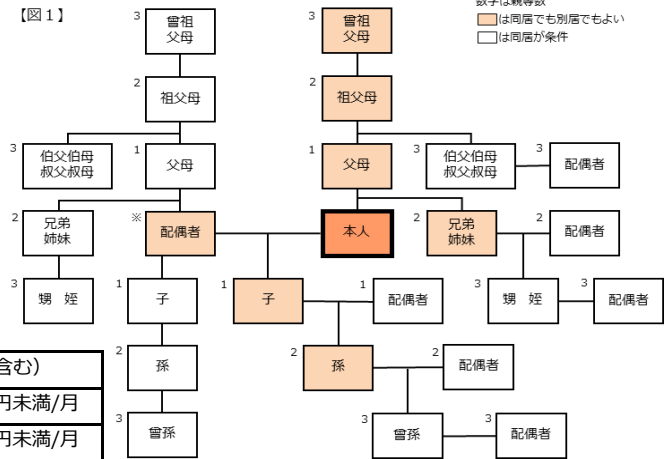
申請者→事業所→健保組合

事業所名称	
事業主名	
電話番号	

社会保険労務士記載欄

◇被扶養者の加入条件◇

【図1】



1. 三親等以内の親族であり年齢が75歳未満であること (図1参照)

2. 収入等の基準

- 1) 被保険者によって生計を維持されていること。
- 2) 被保険者の収入の1/2未満の収入であること。
- 3) 年間収入および月収入が、下表の範囲内であること。

①失業保険・傷病手当金等を基準額以上受給している場合は加入できません。(60歳未満 3,612円/日、60歳以上 5,000円/日)

条件	収入 (年金等すべての収入を含む)
60歳未満の方	130万円未満/年かつ、108,000円未満/月
60歳以上の方又は障害年金受給の方	180万円未満/年かつ、150,000円未満/月

3. 申請に必要な証明書類・・・全ての添付証明書はコピーの提出で問題ございません。

	扶養申請者	必要書類		
		同居	別居	
扶養追加	配偶者	退職した人	①②③⑤⑥(⑧※)	①②④⑤⑥(⑧※)⑨
		無職の人	①②③⑤	①②④⑤⑨
		失業給付の受給を終了した人	①②③⑤⑧	①②④⑤⑧⑨
		結婚された方(無職)	①②③⑤⑨	①②④⑤⑨
		結婚された方(収入有)	①②③⑤⑦⑨	①②④⑤⑦⑨
		上記以外で何らかの収入がある人	①②③⑤⑦	①②④⑤⑦⑨
	子	出生	①③	①④⑨
		高校生以下の子	①③⑩	①④⑨⑩
		18才以上(学生・収入無)	①②③⑤⑩	①②④⑤⑨⑩
		18才以上(学生・収入有)	①②③⑤⑦⑩	①②④⑤⑦⑨⑩
		18才以上(無職・収入無)	①②③⑤	①②④⑤⑨⑩
		18才以上(無職・収入有)	①②③⑤⑦	①②④⑤⑦⑨⑩
		18才以上(退職・収入有)	①②③⑤⑥⑦(⑧※)	①②④⑤⑥⑦(⑧※)⑨⑩
	父・母	退職した人	①②③⑤⑥(⑧※)	①②④⑤⑥(⑧※)⑨⑩
		無職の人	①②③⑤	①②④⑤⑨⑩
		上記以外で何らかの収入がある人	①②③⑤⑦	①②④⑤⑦⑨⑩
	義父母等	退職した人	①②③⑤⑥(⑧※)	
		無職の人	①②③⑤	
上記以外で何らかの収入がある人		①②③⑤⑦		

(⑧※)雇用保険を受給する(予定)方は必要となります。

■申請に必要な証明書類

※下記添付書類以外にも必要に応じて追加書類の提出をお願いすることがあります。

※全ての添付証明書はコピーの提出で問題ございません。

番号	証明書類	発行元
①	被扶養者異動届	TTC健保
②	現況届	TTC健保
③	被保険者の世帯全員の住民票(続柄入・マイナンバー記載無)	市区町村役場
④	申請される方の世帯全員の住民票(続柄入・マイナンバー記載無)	市区町村役場
⑤	申請される方の最新の所得証明書(課税・非課税証明書等)	市区町村役場
⑥	退職証明書 or 資格喪失証明書 or 離職票	前勤務先
⑦	申請される方の収入を証明するもの 直近の給与3か月分、給与見込証明書(一年間分)、 公的年金支払通知書、直近の確定申告書等	年金事務所 市区町村役場 勤務先等
⑧	雇用保険受給資格者証 ※失業給付の受給終了による追加は裏面に支給終了が印字されているもの	ハローワーク
⑨	被保険者との続柄を証明する戸籍謄本	市区町村役場
⑩	学生証のコピー or 在学証明書(未就学児・義務教育は不要)	教育機関
⑪	仕送りを証明するもの(直近3か月分) ※預金通帳・送金明細等	銀行

※市区町村役場で入手する公的証明は受付日より3ヶ月以内に発行されたものをご提出ください。