

被扶養者(異動)届 (再雇用・事業所間異動)

健保使用欄			
常務理事	事務長		担当者

事業所 健保担当者
年 月 日

太枠内をご記入ください

事業所名				所 属					
健康保険証		被保険者氏名			性別	生年月日	現住所		
記号	番号				男・女	昭和 平成 令和	年 月 日 千 一		
被扶養者氏名		性別	続柄 ※1	被扶養者の生年月日	同居 別居の 区分	別居の場合は住所※2	別居の場合 ひと月の送金金額※3	異動年月日	担当者 印
		男・女		昭和 平成 令和	同居 別居		円	年 月 日 令和	
職業		収入の有無	有・無	収入の種類・金額※4			円		
		男・女		昭和 平成 令和	同居 別居		円	年 月 日 令和	
職業		収入の有無	有・無	収入の種類・金額※4			円		
		男・女		昭和 平成 令和	同居 別居		円	年 月 日 令和	
職業		収入の有無	有・無	収入の種類・金額※4			円		

〈子を扶養する場合〉

配偶者を健康保険上扶養していない場合で、夫婦共働きであれば配偶者の年間収入をご記入ください。(総支給額 _____ 円)

※夫婦共働きの子の健保扶養については、原則として収入の多い方がまとめて扶養する必要があるため

事業主 記入欄	被保険者の取得(再)後の賞与について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありの場合、取得(再)後の1年間の賞与見込み額 _____ 円) ※再取得後の契約内容により算定してください。変動要素については想定される平均額を使用するなど会社で一定基準を設けて算定してください。	この届けについて事実と相違ないことを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	上記の申し出について、事情聴取並びに関係書類をもとに調査の結果、事実であることを証明します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 人事担当者名 _____	JVCケンウッド健康保険組合 殿 所在地 _____ 事業所 名称 _____ 氏名 _____ 事業主 (代理人) _____

受付印

◆ 記入事項※1~※4は次ページをご参照ください。なお、次ページの印刷は不要です。

〈記入事項について〉

- (※1) 続柄は長男・次女・養子・実父・義母など詳細をご記入ください。
- (※2) 別居の場合は住所をご記入ください。同居の場合は記入不要です。
- (※3) 単身赴任・通学による別居以外の場合は送金金額をご記入ください。
- (※4) 収入の種類・金額については、以下をご確認いただき対象の番号①～⑪と、年間収入をご記入ください。
複数の収入がある場合は、枠内にすべてご記入いただきますようお願いいたします。

◆ 扶養認定で「収入」とする主なものは以下のとおりです。

- ① 勤労収入(給与収入の場合は各種控除前の金額。通勤手当、賞与などを含む)
- ② 事業収入(農業、商業、漁業、林業、原稿料、出演料など)
※健康保険組合が認める経費は税法上のものとは異なります。
- ③ 公的年金、私的年金(老齢年金・遺族年金・障害年金、厚生年金基金、企業年金など。恩給含む)
- ④ 投資収入(株式配当金、決算剰余金配当金など)
- ⑤ 利子収入(貯金利子、有価証券利子など)
- ⑥ 不動産賃貸収入(家賃、アパート、土地など)
- ⑦ 雇用保険法による失業給付
- ⑧ 健康保険法および労働者災害補償保険法による休業補償金(傷病手当金、出産手当金など)
- ⑨ 自動車損害賠償責任保険または私的年金による休業補償金)
- ⑩ 他の家族などからの援助収入(仕送り)
- ⑪ その他、常態として継続性を有する収入と認められるもの

〈添付書類について〉

再雇用や事業所間異動時に、それまで被扶養者だった家族を引き続き被扶養者とする場合は、各種添付書類の提出は不要です。
※ただし、ご記入いただいた内容によっては、別途書類の提出依頼をすることがあります。
なお、新たに家族を被扶養者とする場合は、この用紙ではなく用紙B-5号をお使いのうえ、添付書類も提出してください。

- ◆ 扶養認定に関する詳細については健保ホームページ(トップページから「もっと知りたい健康保険」をクリック)をご覧ください。