

## 健康保険被扶養者異動届(加入用) 30日以内に健保必着

トヨタ自動車健康保険組合 理事長 殿

### 1.被保険者(従業員)

提出日 令和 年 月 日

保険証	記号	番	号	氏名	配偶者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者がトヨタ健保へ加入中の方 記号 番号		
住所	〒				Tel (自宅) - - (職場) - -			

### 2.申請家族

カナ	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	続柄 ※2	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	マイナンバー ※1			
氏名							
居住区分 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	(本人と別居の場合のみ住所を記入) 〒			国籍 <input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他	電話番号 - -		
異動年月日 (扶養し始めた日) ※3	令和 年 月 日	異動理由 (扶養する理由)					

※1【マイナンバー利用目的】トヨタ自動車健康保険組合は、マイナンバーを番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。マイナンバーを届出とは別に提出される場合は記入不要です。  
 ※2 子供の場合は「長男」「次男」などを記入、「子」は不可。養子縁組の場合は「養子」と記入。養子縁組していない連れ子は「夫の子」「妻の子」と記入。  
 ※3 被保険者の入社に伴う申請の場合は入社日、申請家族の退職の場合は退職日の翌日、および失業給付受給終了の場合は受給終了日の翌日。

### 3.申請家族の職業・収入等 (出生児の申請の場合は記入不要)

<p>(1) 異動年月日 時点の収入 → 「あり」は詳細を記入</p> <p>&lt;給料&gt; <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>正社員 <input type="checkbox"/>パート・アルバイト <input type="checkbox"/>非常勤講師 <input type="checkbox"/>その他                  円/月 円/年間</p> <p>勤務先名 : _____                  業 種 : _____</p> <p>&lt;事業・その他&gt; <input type="checkbox"/>あり( 円/年間) <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>自営業 <input type="checkbox"/>農業 <input type="checkbox"/>漁業 <input type="checkbox"/>不動産 <input type="checkbox"/>株配当  <input type="checkbox"/>その他 ( )</p> <p>&lt;年金&gt; <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p>① 老齢国民年金 ( 円/年間)                  ② 老齢厚生年金 ( 円/年間)                  ③ 共済老齢年金 ( 円/年間)                  ④ 遺族年金 ( 円/年間)                  ⑤ 障害年金 ( 円/年間)                  ⑥ 厚生年金基金 ( 円/年間)                  ⑦ その他 ( 円/年間)</p> <p>合 計 円/年間</p> <p>&lt;給付金/手当金(受給予定を含む)&gt; <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし</p> <p><input type="checkbox"/>出産手当金(分娩予定日 : 令和 年 月 日)  <input type="checkbox"/>傷病手当金(受給終了(予定)日 : 令和 年 月 日)  <input type="checkbox"/>失業保険 (受給終了(予定)日 : 令和 年 月 日)  <input type="checkbox"/>保険金など(受給終了(予定)日 : 令和 年 月 日)</p>	<p>(2) 直近の職歴</p> <p><input type="checkbox"/>過去数年、職歴なし  <input type="checkbox"/>2年前～本年までに職歴あり → ①～④を記入</p> <p>①退職(予定)日 令和 年 月 日                  ②退職理由: _____                  ③勤務先名: _____                  ④失業保険 <input type="checkbox"/>受給しない <input type="checkbox"/>申請予定 <input type="checkbox"/>申請中 <input type="checkbox"/>受給中  <input type="checkbox"/>受給終了(令和 年 月 日終了)</p> <p>(3) 現在・直近で加入していた健康保険について</p> <p><input type="checkbox"/>国民健康保険 <input type="checkbox"/>社会保険 <input type="checkbox"/>トヨタ健保  <input type="checkbox"/>任意継続保険 <input type="checkbox"/>無保険(□平・□令 年 月から)</p> <p>(4) 医療扶助について → 「あり」は詳細を記入</p> <p><input type="checkbox"/>あり(→医療受給者証のコピーを添付) <input type="checkbox"/>なし  <input type="checkbox"/>老人 <input type="checkbox"/>障害 <input type="checkbox"/>子ども <input type="checkbox"/>ひとり親 <input type="checkbox"/>生活保護 <input type="checkbox"/>その他</p> <p>(5) 申請家族の配偶者について ※配偶者の申請時は記入不要</p> <p><input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>未婚 <input type="checkbox"/>離別 <input type="checkbox"/>死別(□平・□令 年 月 日死亡)</p> <p>(6) 申請家族と同居している家族について</p> <p><input type="checkbox"/>いる → (被保険者との続柄: _____)  <input type="checkbox"/>いない</p> <p>(7) 申請家族が海外に居住の場合のみ</p> <p>居住開始日: □平成・□令和 年 月 日                  居住理由: _____</p>
---	---

### 4.扶申請家族が別居の場合 (同居の場合は記入不要)

<p>(1) 3ヶ月以内に同居の予定がありますか？</p> <p><input type="checkbox"/>有 (令和 年 月 日より同居予定) <input type="checkbox"/>無</p>	<p>(3) 生活費の仕送り(援助)について記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/>仕送りをしている <input type="checkbox"/>仕送りしていない</p> <p>→ ①被保険者(従業員)からの仕送り額 ( 円/月)                  ②他の親族からの仕送り額 ( 円/月)</p>
<p>(2) 別居している理由を教えてください。</p> <p><input type="checkbox"/>入社する <input type="checkbox"/>人事異動による単身赴任 <input type="checkbox"/>自己都合</p>	

事業主 証明印	担当人事 記入欄	健康保険組合 受付印	健保 記入欄
	受付日 / 税扶養※ <input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該 当		判定 認定・否認 令和 年 月 日

◆被扶養者の加入条件◆

【図1/三親等内親族表】

1.三親等以内の親族であること(図1参照)

- ①配偶者 ②子・孫 ③兄弟・姉妹 ④父母・祖父母  
⑤その他 ※①～⑤:75歳未満であること

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) 年間収入および月收入が、以下の範囲内であること。

条件	収入*
60歳未満の方	130万円未満/年かつ108,334円未満/月
60歳以上の方又は障がい年金受給の方	180万円未満/年かつ150,000円未満/月

\*収入とは、1年間に受けとった給与・年金・営業所得などすべての金銭をいいます。税金等控除される前の総収入となります。

\*年金は老齢・遺族・障がい・基金・恩給などすべてが対象となります。

\*被扶養者認定をされる前の収入や一時的な収入は含みません。

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

所得税法上の扶養親族の基準とは異なります

3.申請に必要な添付書類(すべてコピー可。必要に応じ、追加で下記以外の書類提出を求めることがあります)

<表1>申請対象者と状況によって、下記書類を添付

申請対象者		添付書類	
配偶者	収入なし	ここ数年は無職 ①③	
		昨年～本年途中で退職 ①②	
		昨年～本年途中で廃業 ①③⑨	
		失業保険を受給していた(*1) ①⑤	
	収入あり	無職	失業保険を受給中 ①⑤
			年金収入あり ①③⑥
		有職	給与収入あり ①④
			事業収入あり ①③⑦
			給与と年金収入あり ①③④⑥
			事業と年金収入あり ①③⑥⑦
子(実子のみ)	収入なし	16歳未満 出生児(*2) ⑩	
		16歳未満 養子縁組した(*2) ①⑧⑩	
		16歳以上 養子縁組した ①③⑧	
		16歳以上 ここ数年は無職 ①③	
		16歳以上 昨年～本年途中で退職 ①②	
		16歳以上 昨年～本年途中で廃業 ①⑨	
	収入あり	無職	失業保険を受給していた(*1) ①⑤
			失業保険を受給中 ①⑤
		有職	年金収入あり ①③⑥
			給与収入あり ①④
			事業収入あり ①③⑦
			給与と年金収入あり ①③④⑥
その他	収入なし	ここ数年は無職 ①③⑧⑩	
		昨年～本年途中で退職 ①②③⑧⑩	
		昨年～本年途中で廃業 ①②⑧⑨⑩	
		失業保険を受給していた(*1) ①③⑤⑧⑩	
	収入あり	無職	失業保険を受給中 ①③⑤⑧⑩
			年金収入あり ①③⑥⑧⑩
		有職	給与収入あり ①③④⑧⑩
			事業収入あり ①③⑦⑧⑩
			給与と年金収入あり ①③④⑥⑧⑩
			事業と年金収入あり ①③⑥⑦⑧⑩

<表2>該当する項目がある場合は追加して下記書類を添付

該当する場合に別途必要な書類	
別居	<ul style="list-style-type: none"> <li>・仕送り証明書(*4) ※学生証コピー添付で提出省略可 ※16歳未満は提出省略可</li> <li>・住民票(*5)</li> <li>・対象者と同居する家族の収入証明</li> </ul>
<b>仕送りの条件 (*4)</b>	
金額	申請対象者の収入額以上 ・無収入の場合は月6万円以上 ・収入が月3万円未満の場合は、収入+仕送りが月6万円以上
方法	・金融機関を通しての送金(現金手渡し、口座引出しは不可) ・毎月(数ヶ月分まとめては不可) ・家賃、水道光熱費の支払い
内縁の妻 養子・連れ子	⑧住民票(*5) ※別居の内縁関係は職場証明と双方の戸籍謄本が必要
孫	・孫の戸籍謄本 ・孫の両親の収入証明(*3)
障がい者	身体障がい者手帳
外国籍	・⑧住民票(*5) または 在留カード ・在留資格が「特定活動」の場合は指定書
<b>異動年月日時点で海外に居住の場合</b>	
出向帯同	ビザ、会社通知など
留学	ビザ、学生証、在学証明など
観光、保養	ビザ、渡航理由がわかる証明(※ワーキングホリデーも含む)
出生/婚姻	出生/婚姻証明

添付書類 (提出はすべてコピー可)	入手先
① 国民健康保険証 又は 前健保の脱退証明書	役場/前勤務先
② 退職証明書 又は 離職票	前勤務先
③ 所得証明書 又は 非課税証明書	市区町村役場
④ 雇用内容証明書 又は 給与明細3ヶ月(直近) (2年以上勤務内容に変更がない場合は、 雇用開始日と年収実績の証明でも可)	現在の勤務先
⑤ 雇用保険受給資格者証【両面】(*1)	ハローワーク
⑥ 年金振込通知書	年金事務所
⑦ 確定申告書・収支内訳書(+青色申告決算書)	-
⑧ 住民票(*5)	市区町村役場
⑨ 廃業届	-
⑩ 配偶者の収入証明(*2)	市区町村役場
⑪ 被扶養者と同居している方の収入証明(*3)	市区町村役場

(\*1) 「支給終了」が単独で印字されたもの。  
 (\*2) 配偶者が「トヨタ健保の加入者」の場合は不要。給与収入のみの場合、源泉徴収票コピーでも可  
 (\*3) 所得証明書 又は 非課税証明書。同居者が「16歳未満」、「トヨタ健保の加入者」の場合不要  
 (\*4) 振込明細書、通帳、決裁画面のコピー等。  
 家賃、水道光熱費は利用者と支払者がわかるもの  
 (\*5) 世帯全員分。世帯主名・続柄・在留資格等が記載されたもの。世帯分離などで被保険者との続柄が不明な場合は戸籍謄本等で関係を証明すること

問い合わせ	■担当人事 又は
	■トヨタ自動車健康保険組合 資格認定グループ 住所:〒471-0832 愛知県豊田市丸山町6-22 電話:0565-28-0088、FAX:0565-28-0150

【帳票ルート】本人 → 事業主(担当人事) → 健康保険組合 異動が発生した日より30日以内に健保必着のこと