

# 健康保険被扶養者異動届(扶養追加)〈任意継続者用〉

申請年月日	令和 年 月 日	ボールペンでご記入ください	
被保険者証の 記号と番号	記号	番 号	
	1 9		
住 所	〒 - ※ご連絡いただいているご住所と変更の場合のみ記入		
電話番号	( ) -		

## [新規扶養申請内容]

①申請対象家族	氏 名		性別	続柄	生 年 月 日
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 男		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
	漢字		<input type="checkbox"/> 女		年 月 日
②マイナンバー (個人番号) ※1					
③扶養し始めた日 とその理由	令和 年 月 日	理 由			
	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居→(1)ご自身が生計上扶養する理由 <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 50%; margin: 5px auto;"></div> (2)申請対象家族と同居している他の親族の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 →(その親族の氏名: 続柄: ) (3)申請対象者への仕送り額 ・ご自身から: 円/年 他の親族から 円/年				
④同居・別居	《対象家族が海外に居住の場合のみ記入》*理由を証明できるものを添付 居住開始日: <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 居住理由: _____				
⑤現在の職業有無	<input type="checkbox"/> 有→今後1年間の収入見積額(給与収入・年金*等…複数ある場合は合算額) 「 円」 <input type="checkbox"/> 無→過去1年間の職歴の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 「有」の場合…退職年月日[ 年 月 日]退職理由: _____ 失業給付 …[ <input type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 受給予定 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了( 年 月 日)]				
⑥申請時点の 健康保険加入状況	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 他の社会保険 <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> その他( )				

※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。

健保組合受付印

申請には添付書類が必要です。裏面をご確認ください

【健保組合記入欄】	
判 定	認 定 ・ 否 認
認 定 日	令 和 年 月 日

# ◆被扶養者の加入条件◆

## 1.三親等以内の親族であること

- ①配偶者
- ②子・孫
- ③兄弟・姉妹
- ④父母・祖父母
- ⑤その他

※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) 年間収入および月収入が、以下の範囲内であること。

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108,334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

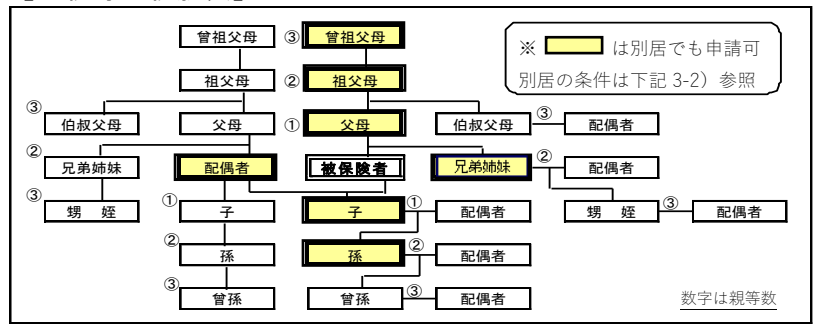
\*収入とは、1年間に受けとった給与・年金・営業所得などすべての金銭をいいます。税金等控除される前の**総収入**となります。

\*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、健康保険被扶養者に加入できません。(基準額:60歳未満3,612円/日、60歳以上5,000円/日)

## 【三親等内親族表】



## 3.申請に必要な証明書類

申請状況		必要書類															
		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	⑮	
配偶者	収入なし	ここ数年は無職	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		昨年または本年途中で退職	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		昨年または本年途中で廃業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		失業保険を受給していた(※1)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	収入あり	無職	失業保険を受給中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		有職	勤労収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			自営業収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			勤労収入と年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			自営業収入と年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
子供	収入なし	18歳未満	出生児	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		養子縁組した	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		養子縁組した(※2)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
		ここ数年は無職(※2)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	収入あり	18歳以上	昨年または本年途中で退職	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			昨年または本年途中で廃業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		無職	失業保険を受給していた(※1)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			失業保険を受給中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			勤労収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
有職	自営業収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	勤労収入と年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	自営業収入と年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		
	その他	収入なし	ここ数年は無職	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			昨年または本年途中で退職	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			昨年または本年途中で廃業	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
失業保険を受給していた(※1)			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
収入あり		無職	失業保険を受給中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		有職	勤労収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			自営業収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			勤労収入と年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
			自営業収入と年金収入あり	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

※1:「支給終了」が単独で印字された雇用保険受給資格者証が必要。

※2:⑥か⑩のどちらか一点を提出。

2)

提出書類	発行元
① 健康保険被扶養者(異動)届	当健保ホームページ
② マイナンバーカード(写) または マイナンバー通知カード(写)	お住まいの市区町村役場
③ 国民健康保険証(写) または 前健保の脱退証明書	退職前のお勤め先
④ 住民票(家族全員の記載あり。世帯主名・続柄がわかるもの)	お住まいの市区町村役場
⑤ 退職証明書(写) または 離職票(写)	退職前のお勤め先
⑥ 所得証明書 または 非課税証明書	お住まいの市区町村役場
⑦ 雇用内容証明書 または 直近3ヶ月分給与明細書(写)	現在のお勤め先
⑧ 雇用保険受給資格者証(写)	ハローワーク
⑨ 年金振込通知書(写)	お近くの年金事務所
⑩ 学生証(写) または 在学証明書	学校
⑪ 確定申告書(写)	-
⑫ 収支内訳書(写)	-
⑬ 所得税青色申告決算書(写)	-
⑭ 廃業届(写)	-
⑮ 被扶養者と同居している方の収入証明(※3) (所得証明書 または 非課税証明書)	お住まいの市区町村役場

※3:同居者が「18歳未満」または「被保険者の扶養家族」の場合は不要。

〔帳票ルート〕 本人→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**

【問い合わせ先】 トヨタ自動車健康保険組合 資格認定グループ 電話:0565-28-0088 FAX:0565-28-0150