

例：生まれた子供を扶養申請する

健康保険被扶養者(異動)届

健保使用欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当

適用事業所記号		事業主 受付日 R×年 4月 8日	<input type="checkbox"/> (実線枠) → 被保険者(本人) 記入注意事項 <input type="checkbox"/> (点線枠) → 事業所健保担当者・庶務担当者 記入注意事項	
所在地	各適用事業所記号を記入		加入申請の場合	削除申請の場合
名称	神奈川県川崎市○○区△△町××番地		事業主において被保険者と認定対象者の「続柄」「同居・別居」を公的書類にて届書の記載と相違ないこと、また日本に住民票があること、外国籍の認定対象者は在留資格が「特定活動」でないことを確認している場合、右の四角にチェックしてください。□→ <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 続柄 <input checked="" type="checkbox"/> 同居・別居 <input checked="" type="checkbox"/> 住民票有 <input checked="" type="checkbox"/> 在留資格
事業主氏名	東芝○×株式会社 取締役社長 健保 誠		公的書類を添付する 高年齢受給者証回収日 年 月 日	業所担当者 栗木 ↑ 健保からの問合せ窓口となる方
電話番号	044-123-4567		事業所の健保業務担当者名を記する	

以下、原則として被保険者が記入してください。(鉛筆・消えるペン不可)

被保険者等記号・番号	被保険者氏名	所属部課名(略称)	所属電話番号
記号 1 0 0 番号 1 0 0 4 5 6 7	東芝 太郎	(総務)	044-123-4568
住民票住所	家族(対象者)との住民票上の「同居」/「別居」を確認するため、「住民票住所」を記入してください。海外赴任者で日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。		
〒×××-△△△△神奈川県横浜市○×区△△町××番地			

被保険者と配偶者の収入を比較する必要がありますので、配偶者の収入の有無について、記入してください。「有」の場合は収入欄の記入も必要です。

配偶者以外を申請する場合は必ず記入してください。(配偶者が被扶養者の場合は記入不要)

被保険者の配偶者について(有の場合は収入欄記入)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	昨年の年間収入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 240万 円/年	現在の月額収入	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 20万 円/月
--------------------------	--	---------	---	---------	--

以下、「認定申請」「削除申請」対象者について記入してください

カナ氏名(氏と名の間に「トウシハ」)	漢字氏名(氏と名の間に1文字あける。)*外字不可。記入例参照。	性別	続柄	コード
トウシハ	東芝 康	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	1 1
住民票住所	①「加入申請」で被保険者 ②「削除申請」で被扶養者 次の場合、対象者の申請日時点の住民票住所を記入してください。日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。			

被扶養者の氏名表記について、住民票の氏名に外字等が含まれる場合、代替文字を記入してください。
外字：JIS漢字コード第一・第二水準以外の文字
代表例：高、崎、吉
代替文字：JIS漢字コード第一・第二水準にある類似する漢字、またはカタカナ
代表例：高、崎、吉

【続柄コード】
「配偶者(妻・夫):00」
「長男:11」「長女:21」「次男:12」
「次女:22」「三男:13」「三女:23」
「養子(男):69」「養子(女):70」
「父:01」「母:02」「養父:03」
「養母:04」「義父:05」「義母:06」
上記以外のご家族を申請する場合は、続柄を誤りのないようにはっきり記載し、続柄コードは未記入のままご提出ください。

被保険者と住民票上の住所が同居か別居がいずれかにチェックしてください。「別居」の場合は右欄の住所を記入してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 家族を扶養したい	マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です	
申請理由	【資格確認書】の発行が必要な場合、別途「資格確認書(再)交付申請書」を提出してください	
<input checked="" type="checkbox"/> 出生	出生年月日	R × × 0 4 0 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
<input checked="" type="checkbox"/> 退職	収入の有無(有の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円/年
<input checked="" type="checkbox"/> 収入減少	職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> 小中学生以下 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 高校生、高専生 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 短大生、大学 <input type="checkbox"/> その他

【※】日本国内に住民票がある場合は「◎」と記入してください。日本国内に住民票がなく、【裏面】の国内居住要件の例外要件に該当するため申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄に必ず記入し、添付書類をあわせて提出してください。

削除申請	開始	<input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定
	未加入	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日)
	離婚	<input type="checkbox"/> その他
	等返却が必須です	<input type="checkbox"/> 健康保険証・資格確認書(対象者のみ) <input type="checkbox"/> 高年齢受給者証(70歳以上)

日本国内に住民票がある場合は「◎」と記入してください。日本国内に住民票がなく、【裏面】の国内居住要件の例外要件に該当するため申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄に必ず記入し、添付書類をあわせて提出してください。

加入申請では個人番号(マイナンバー)を記入してください。

- 申請前に、被扶養者として認められる要件等について、東芝健保ホームページを確認してください。申請に必要な書類については、『扶養状況届』を確認してください。不明な点があった場合、従業員の方は勤務先の健保担当窓口(一般的には総務部(課)や管理部(課)など)へ、任継・特退制度に加入の方は健保(レセプト管理センター)へお問い合わせください。なお、申請書類提出後に審査により追加提出を求めることがあります。
- 東芝健保の被扶養者となる日は、東芝健保が申請書類等により扶養の実態を認めて受理した日です。ただし、申請理由発生の年月日から1カ月以内に東芝健保が受理した場合は、遡って認定します。1カ月以内に必要書類が揃わなかった場合は、東芝健保が扶養の実態を認めて受理した日で認定となります。
- 認定対象者の年間収入は、130万円未満(60歳以上または概ね厚生年金保険法による障害厚生年金を受けられる程度の障がい者の場合は180万円未満)であること。かつ、
・認定対象者が被保険者と同居の場合は、被保険者の年間収入の2分の1未満であること。
・認定対象者が被保険者と別居の場合は、被保険者からの送金額より少ないこと。
- 削除申請の場合、ホームページ内の「取消し事例別の取消し日および必要書類一覧」を確認し、「認定取消し日」を「申請理由発生の年月日」欄に記入してください。「認定取消し日」の日付から東芝健保の健康保険は使用できません。
- 『個人番号(マイナンバー)』欄は加入申請の場合記入が必要です。

健保決定年月日	健保事由
年号 年 月 日	
健保使用欄のため未記入	

受付日付印

例：勤めていた会社を退職して扶養申請する

被扶養者(異動)届

健保使用欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当

事業主記入欄	事業主 受付日 R×年 4月 8日	事業主 受付日 R×年 4月 8日	事業主 受付日 R×年 4月 8日
所在地	神奈川県川崎市○○区△△町××番地		
名称	東芝○×株式会社		
事業主氏名	取締役社長 健保 誠		
電話番号	044-123-4567		

□ (実線枠) → 被保険者(本人) 記入注意事項
 □ (点線枠) → 事業所健保担当者・庶務担当者記入注意事項

以下、原則として被保険者が記入してください。(鉛筆・消えるペン不可)

被保険者等記号・番号	被保険者氏名	所属部課名(略称)	所属電話番号
記号 1 0 0 番号 1 0 0 4 5 6 7	東芝 太郎		
住民票住所	家族(対象者)との住民票上の「同居」/「別居」を確認するため、「住民票住所」を記入して海外赴任者で日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。		
	〒×××-△△△△神奈川県横浜市○×区△△町××番地		

配偶者以外の家族を扶養に入れたい場合、被保険者と配偶者の収入を比較する必要がありますので、配偶者の収入の有無について、記入してください。「有」の場合は収入欄の記入も必要です。

配偶者以外を申請する場合は必ず記入してください。(配偶者が被扶養者の場合は記入不要)

被保険者の配偶者について(有の場合は収入欄記入)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	昨年の年間収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	円/年	現在の月額収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	円/月
--------------------------	----------------------------	----------------------------	---------	----------------------------	----------------------------	-----	---------	----------------------------	----------------------------	-----

以下、「認定申請」「削除申請」の対象者について記入してください。
 被扶養者の氏名表記について、住民票の氏名に外字等が含まれる場合、代替文字を記入してください。
 外字：JIS漢字コード第一・第二水準以外の文字
 代表例：高、崎、吉
 代替文字：JIS漢字コード第一・第二水準にある類似する漢字、またはカタカナ
 代表例：高、崎、吉

対象者基本情報	カナ氏名(氏と名の間にスペース)	漢字氏名(氏と名の間に1文字あける。)*外字不可。記入例参照。	性別	続柄	コード
	トウシハ	東芝花子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	00
住民票住所	同居 <input checked="" type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/>				
家族を扶養にしたい	<input checked="" type="checkbox"/>				

【続柄コード】
 「配偶者(妻・夫):00」
 「長男:11」「長女:21」「次男:12」
 「次女:22」「三男:13」「三女:23」
 「養子(男):69」「養子(女):70」
 「父:01」「母:02」「養父:03」
 「養母:04」「養父:05」「養母:06」
 上記以外のご家族を申請する場合は、続柄を誤りのないようにはっきり記載し、続柄コードは未記入のままご提出ください。

加入申請では個人番号(マイナンバー)を記入してください。

認定申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の新規出生	<input type="checkbox"/> 失業給付を扶養基準範囲内で受給開始	発生年月日	R × × 0 4 0 1 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
該当番号【※】	⑨	<input checked="" type="checkbox"/> 退職	収入の有無(有の場合は収入額記入)	300万 円/年
職業	<input checked="" type="checkbox"/> 無職	<input type="checkbox"/> 小中学生以下	現在の月額収入	

マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です

「資格確認書」の発行が必要な場合、別途「資格確認書(再)交付申請書」を提出してください

【※】日本国内に住民票がある場合は「⑨」と記入してください。日本国内に住民票がなく、【裏面】の国内居住要件の例外要件に該当するため申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄に必ず記入し、添付書類をあわせて提出してください。

日本国内に住民票がある場合は「⑨」と記入してください。日本国内に住民票がなく、【裏面】の国内居住要件の例外要件に該当するため申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄に必ず記入し、添付書類をあわせて提出してください。

申請理由発生の日が記入されているか確認する(例)
 【退職】退職日の翌日
 【失業給付を扶養基準範囲内で受給開始】失業給付受給開始日(待期間満了日の翌日もしくは給付制限期間がある場合は給付制限期間満了日の翌日)
 【失業給付受給終了】失業給付支給終了日の翌日
 【収入減少】勤務先での契約変更日など

申請理由発生年月日	
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(70歳以上)	

健保決定年月日	健保事由
年号 年 月 日	
健保使用欄のため未記入	

- 《注意事項》
- 申請前に、被扶養者として認められる要件等について申請に必要な書類については、『扶養状況届』を確認し、不明な点があった場合、従業員の方は勤務先の健保担当の方には健保(レセプト管理センター)へお問い合わせください。
 - 東芝健保の被扶養者となる日は、東芝健保が申請書から1カ月以内に東芝健保が受理した場合は、遡って事実を認めて受理した日で認定となります。
 - 認定対象者の年間収入は、130万円未満(60歳以上または概ね厚生年金保険法による障害厚生年金を受けられる程度の障がい者の場合は180万円未満)であること。かつ、
 - 認定対象者が被保険者と同居の場合は、被保険者の年間収入の2分の1未満であること。
 - 認定対象者が被保険者と別居の場合は、被保険者からの送金額より少ないこと。
 - 削除申請の場合、ホームページ内の「取消し事例別の取消し日および必要書類一覧」を確認し、「認定取消し日」を「申請理由発生年月日」欄に記入してください。「認定取消し日」の日付から東芝健保の健康保険は使用できません。
 - 「個人番号(マイナンバー)」欄は加入申請の場合記入が必要です。

〈本届に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。〉

例：就職による削除を申請するとき

健康保険被扶養者(異動)届

健保使用欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当

適用事業所記号

事業主 受付日 R×年 4月 8日

所在地 神奈川県川崎市○○区△△町××番地

名称 東芝○×株式会社

事業主氏名 取締役社長 健保 誠

電話番号

(実線枠) → 被保険者(本人) 記入注意事項
 (点線枠) → 事業所健保担当者・庶務担当者記入注意事項

加入申請の場合
 事業主で回収した日付を記入(70歳以上の被扶養者は高齢受給者証の回収日も記入する)

削除申請の場合
 健康保険証等回収日 R×年 4月 8日
 高齢受給者証回収日 年 月 日

事業所担当者 栗木

↑ 健保からの問合せ窓口となる方

以下、原則として被保険者が記入してください。(鉛筆・消えるペン不可)

事業所の健保業務担当者名を記名する

被保険者等記号・番号		被保険者氏名	所属部課名(略称)	所属電話番号
記号 1 0 0	番号 1 0 0 4 5 6 7	東芝 太郎	(総務)	044-123-4568
住民票住所	家族(対象者)との住民票上の「同居」/「別居」を確認するため、「住民票住所」を記入してください。海外赴任者で日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。			提出日: 年 月 日
〒×××-△△△神奈川県横浜市○×区△△町××番地				

配偶者以外を申請する場合は必ず記入してください。(配偶者が被扶養者の場合は記入不要)

被保険者の配偶者について(有の場合は収入欄記入)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	昨年の年間収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円/年	現在の月額収入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	円/月
--------------------------	---	---------	---	-----	---------	---	-----

以下、「認定申請」「削除申請」対象者について記入してください。
 扶養にしたいときは「加入申請」、扶養からはずすときは「削除申請」の右側太枠内をすべて記入してください。
 選択項目が記載されている場合、項目の前の四角にチェックをしてください。□→☑
 「年号」は和暦の頭文字を記入してください。(昭和→S 平成→H 令和→R)

【続柄コード】
 「配偶者(妻・夫):00」
 「長男:11」「長女:21」「次男:12」
 「次女:22」「三男:13」「三女:23」
 「養子(男):69」「養子(女):70」
 「父:01」「母:02」「養父:03」
 「養母:04」「義父:05」「義母:06」
 上記以外のご家族を申請する場合は、続柄を誤りのないようにはっきり記載し、続柄コードは未記入のままご提出ください。

カナ氏名(氏と名の間は1文字あける。濁点は1文字とする。)	年号	年	月	日
トウシハ タケシ	H	×	×	0 7 1 0
漢字氏名(氏と名の間は1文字あける。)*外字不可。記入例参照。	性別	続柄	コード	
東 芝 健	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	長男	1 1	
住民票住所	次の場合、対象者の申請日時時点の住民票住所を記入してください。日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。 ①「加入申請」で被保険者と別居 ②「削除申請」で申請理由が「75歳到達」または「障害認定」			

□ 家族を扶養に入れたい ⇒ マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です

申請理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の新規入社、特退加入に伴う東芝健保加入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付を扶養基準範囲内で受給開始 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> その他()	申請理由発生年月日	年号	年	月	日	個人番号(マイナンバー)
該当番号【※】	職業	収入の有無(有の場合は収入額記入)	年	月	日	年	月
	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 小中学生以下 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 高校生、高専生 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 短大生、大学生 <input type="checkbox"/> その他()						

扶養を削除する日付を記入してください。
 (例)
 【就職】就職日
 【離婚】離婚日
 【死亡】死亡日の翌日
 【収入超過】収入超過判明日

※取消日から健康保険証は使用できなくなるので注意してください。

チェックする 国内に住民票がある場合は「⑨」と記入してください。日本国内に住民票がない申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄に必ず記入し、添付書類をあわ

家族を扶養からはずす

削除申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就職もしくはパート・アルバイト勤務開始 *勤務内容の変更等で勤務先の健康保険制度に加入となった場合は、「就職もしくはパート・アルバイト勤務開始」に✓してください。 <input type="checkbox"/> 収入超過(勤務先の健康保険制度未加入) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始	<input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()	申請理由発生年月日	年号	年	月	日
				R	×	×	0 4 0 1
※削除申請には証等の返却が必須です			<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証・資格確認書(対象者のみ)	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証(70歳以上)			

削除する理由にチェック

健康保険証または資格確認書および高齢受給者証(70歳以上)を必ず添付し、チェックする

健保決定年月日	健保事由
年号 年 月 日	
	健保使用欄のため未記入

受付日付印

- 《注意事項》
- 申請前に、被扶養者として認められる要件等について、東芝健保ホームページを確認してください。申請に必要な書類については、『扶養状況届』を確認してください。不明な点があった場合、従業員の方は勤務先の健保担当窓口(一般的に加入の方は健保(レセプト管理センター)へお問い合わせください。)
 - 東芝健保の被扶養者となる日は、東芝健保が申請書類等により扶養のから1カ月以内に東芝健保が受理した場合は、遡って認定します。1カ月以内に必要書類が揃わなかった場合は、東芝健保が扶養の事実を認めて受理した日認定となります。
 - 認定対象者の年間収入は、130万円未満(60歳以上または概ね厚生年金保険法による障害厚生年金を受けられる程度の障がい者の場合は180万円未満)であること。かつ、
 ・認定対象者が被保険者と同居の場合は、被保険者の年間収入の2分の1未満であること。
 ・認定対象者が被保険者と別居の場合は、被保険者からの送金額より少ないこと。
 - 削除申請の場合、ホームページ内の「取消し事例別の取消し日および必要書類一覧」を確認し、「認定取消し日」を「申請理由発生年月日」欄に記入してください。「認定取消し日」の日付から東芝健保の健康保険は使用できません。
 - 『個人番号(マイナンバー)』欄は加入申請の場合記入が必要です。

〈本局に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。〉

例：死亡による削除を申請するとき

健康保険被扶養者(異動)届

健保使用欄				
常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当

事業主記入欄	事業主 受付日 R×年 4月 8日 所在地 神奈川県川崎市○○区△△町××番地 名称 東芝○×株式会社 事業主氏名 取締役社長 健保 誠 電話番号 044-123-4567	加入申請の場合 事業主で回収した日付を記入(70歳以上の被扶養者は高齢受給者証の回収日も記入する) 定居届 以上 定活動でないことを確認している場合、右の四角にチェックしてください。□→ <input checked="" type="checkbox"/>	削除申請の場合 健康保険証等回収日 R×年 4月 8日 高齢受給者証回収日 R×年 4月 8日	事業所担当者 栗木 ↑健保からの問合せ窓口となる方
--------	---	--	---	---------------------------------

(実線枠) →被保険者(本人) 記入注意事項
 (点線枠) →事業所健保担当者・庶務担当者記入注意事項

以下、原則として被保険者が記入してください。(鉛筆・消えるペン不可)

事業所の健保業務担当者名を記名する

被保険者	被保険者等記号・番号 記号 1 0 0 番号 1 0 0 4 5 6 7 被保険者氏名 東芝 太郎 所属部課名(略称) (総務) 所属電話番号 044-123-4568	家族(対象者)との住民票上の「同居」/「別居」を確認するため、「住民票住所」を記入してください。 海外赴任者で日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。 〒×××-△△△神奈川県横浜市○×区△△町××番地	提出日: R×年 4月 8日
------	--	---	----------------

配偶者以外を申請する場合は必ず記入してください。(配偶者が被扶養者の場合は記入不要)

被保険者の配偶者について(有の場合は収入欄記入)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	昨年の年間収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円/年 現在の月額収入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円/月
--------------------------	---	--

以下、「認定申請」「削除申請」対象者について記入してください。
 扶養にしたいときは「加入申請」、扶養からははずすときは「削除申請」の右側太枠内をすべて記入してください。
 選択項目が記載されている場合、項目の前の四角にチェックをしてください。□→
 「年号」は和暦の頭文字を記入してください。(昭和→S 平成→H 令和→R)

【続柄コード】
 「配偶者(妻・夫):00」
 「長男:11」「長女:21」「次男:12」
 「次女:22」「三男:13」「三女:23」
 「養子(男):69」「養子(女):70」
 「父:01」「母:02」「養父:03」
 「養母:04」「義父:05」「義母:06」
 上記以外のご家族を申請する場合は、続柄を誤りのないようにはっきり記載し、続柄コードは未記入のままご提出ください。

対象者基本情報	カナ氏名(氏と名の間は1文字あける。濁点は1文字とする。) トウシハ スミコ 生年月日 S××0420 漢字氏名(氏と名の間は1文字あける。)※外字不可。記入例参照。 東芝 スミ子 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 続柄 母 コード 02	住民票住所 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 次の場合、対象者の申請日時点の住民票住所を記入してください。日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。 ①「加入申請」で被保険者と別居 ②「削除申請」で申請理由が「75歳到達」または「障害認定」 〒 -
---------	---	---

□ 家族を扶養に入れたい ⇒ マイナ保険証をお持ちでない方は「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です

認定申請	<input type="checkbox"/> 被保険者の新規入社、特退加入に伴う東芝健保加入 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 失業給付を扶養基準範囲内で受給開始 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> その他()	申請理由発生年月日 年号 年 月 日 個人番号(マイナンバー)
該当番号【※】 職業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 小中学生以下 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 高校生、高専生 <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 短大生、大学生 <input type="checkbox"/> その他()	収入の有無(有の場合は収入額記入) 昨年の年間収入 現在の月額収入	扶養を削除する日付を記入してください。 (例) 【就職】就職日 【離婚】離婚日 【死亡】死亡日の翌日 【収入超過】収入超過判明日 ※取消日から健康保険証は使用できなくなるので注意してください。

チェックする 国内に住民票がある場合は「◎」と記入してください。日本国内に住民票がなく、申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄に必ず記入し、添付書類をあわせて提出してください。

削除申請	<input type="checkbox"/> 就職もしくはパート・アルバイト勤務開始 <input type="checkbox"/> 収入超過(勤務先の健康保険制度未加入) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他()	申請理由発生年月日 年号 年 月 日 個人番号 R××0403
------	---	--

東芝健保証等添付の確認※削除申請には証等の返却が必須です 健康保険証・資格確認書(対象者のみ) 高齢受給者証(70歳以上)

《注意事項》

- 申請前に、被扶養者として認められる要件等について、東芝健保ホームページを確認してください。申請に必要な書類については、『扶養状況届』を確認してください。不明な点があった場合、従業員の方は勤務先の健保担当窓口(一般的には加入の方は健保(レセプト管理センター)へお問い合わせください。なおあります。
- 東芝健保の被扶養者となる日は、東芝健保が申請書類等により扶養の事から1カ月以内に東芝健保が受理した場合は、遡って認定します。1カ月以内に必要書類が揃わなかった場合は、東芝健保が扶養の事実を認めて受理した日で認定となります。
- 認定対象者の年間収入は、130万円未満(60歳以上または概ね厚生年金保険法による障害厚生年金を受けられる程度の障がい者の場合は180万円未満)であること。かつ、
 - 認定対象者が被保険者と同居の場合は、被保険者の年間収入の2分の1未満であること。
 - 認定対象者が被保険者と別居の場合は、被保険者からの送金額より少ないこと。
- 削除申請の場合、ホームページ内の「取消し事例別の取消し日および必要書類一覧」を確認し、「認定取消し日」を「申請理由発生年月日」欄に記入してください。「認定取消し日」の日付から東芝健保の健康保険は使用できません。
- 『個人番号(マイナンバー)』欄は加入申請の場合記入が必要です。

健康保険証または資格確認書および高齢受給者証(70歳以上)を必ず添付し、チェックする

健保決定年月日
 年 月 日
 健保事由

健保使用欄のため未記入

受付日付印

〈本局に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。〉

例：後期高齢者医療制度加入による削除を申請するとき

健康保険被扶養者(異動)届		健保使用欄				
適用事業所記号		常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当
事業主 受付日 R×年 4月 8日		(実線枠) → 被保険者(本人) 記入注意事項 (点線枠) → 事業所健保担当者・庶務担当者記入注意事項				
事業主記入欄	所在地	各適用事業所記号を記入			加入申請の場合	削除申請の場合
	名称	神奈川県川崎市○○区△△町××番地			健康保険証等回収日	事業所担当者
	事業主氏名	東芝○×株式会社 取締役社長 健保 誠			R×年 4月 22日	栗木
	電話番号	044-123-4567			高齢受給者証回収日	
		事業主で回収した日付を記入(70歳以上の被扶養者は高齢受給者証の回収日も記入する)			R×年 4月 22日	↑ 健保からの問合せ窓口となる方
		認定対象者は同居または別居のいずれかを「在留資格」欄に記入してください。□→ <input checked="" type="checkbox"/>				

以下、原則として被保険者が記入してください。(鉛筆・消えるペン不可)

事業所の健保業務担当者名を記名する

被保険者	被保険者等記号・番号		被保険者氏名	所属部課名(略称)	所属電話番号
	記号 1 0 0	番号 1 0 0 4 5 6 7	東芝 太郎	(総務)	044-123-4568
住民票住所	家族(対象者)との住民票上の「同居」/「別居」を確認するため、「住民票住所」を記入してください。海外赴任者で日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。				提出日: R×年 4月 22日
〒×××-△△△神奈川県横浜市○×区△△町××番地					

配偶者以外を申請する場合は必ず記入してください。(配偶者が被扶養者の場合は記入不要)

被保険者の配偶者について(有の場合は収入欄記入)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	昨年の年間収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	円/年	現在の月額収入	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	円/月
--------------------------	----------------------------	----------------------------	---------	----------------------------	----------------------------	-----	---------	----------------------------	----------------------------	-----

以下、「認定申請」「削除申請」対象者について記入してください。扶養にしたいときは「加入申請」、扶養からはずすときは「削除申請」の右側太枠内をすべて記入してください。選択項目が記載されている場合、項目の前の四角にチェックをしてください。□→ 「年号」は和暦の頭文字を記入してください。(昭和→S 平成→H 令和→R)

【続柄コード】
「配偶者(妻・夫):00」
「長男:11」「長女:21」「次男:12」
「次女:22」「三男:13」「三女:23」
「養子(男):69」「養子(女):70」
「父:01」「母:02」「養父:03」
「養母:04」「養父:05」「養母:06」
上記以外のご家族を申請する場合は、続柄を誤りのないようにはっきり記載し、続柄コードは未記入のままご提出ください。

対象者基本情報	カナ氏名(氏と名の間は1文字あける。濁点は1文字とする。)		年号	年	月	日				
	トウシハ スミコ		生年月日	S	×	×	0	4	2	0
	漢字氏名(氏と名の間は1文字あける。)*外字不可。記入例参照。		性別	続柄		コード				
	東芝 スミ子		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	母		02				
住民票住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	次の場合、対象者の申請日時時点の住民票住所を記入してください。日本に住民票がない場合は「〒000-0000 海外居住」と記入してください。 ①「加入申請」で被保険者と別居 ②「削除申請」で申請理由が「75歳到達」または「障害認定」								
〒×××-△△△神奈川県横浜市○×区△△町××番地										

家族を扶養からはずす方、または持っていない方は「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要です

認定申請	申請理由	健康保険加入受給終了(内受給開始)	申請理由発生の年月日	年号	年	月	日	個人番号(マイナンバー)			
	該当番号【※】	職業	収入の有無(有の場合は収入額記入)	昨年の年間収入	現在の月額収入	*75歳の誕生日が取消日となります。 *65歳以上75歳未満の被扶養者は、障害のある旨の広域連合の認定を受けた日が取消日となります。					
		<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 高校生、高専生						*取消日から健康保険証は使用できなくなるので注意してください。			
		<input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 短大生、大学生									
		<input type="checkbox"/> その他()									

チェックする 日本国内に住民票がある場合は「◎」と記入してください。日本国内に住民票がなく、【裏申請する場合は、該当する番号を【該当番号】欄をあわせて提出してください。

家族を扶養からはずす

削除する理由にチェック

削除申請理由	<input type="checkbox"/> 就職もしくはパート・アルバイト勤務開始 *勤務内容の変更等で勤務先の健康保険制度に加入となった場合は、「就職もしくはパート・アルバイト勤務開始」に✓してください。	<input checked="" type="checkbox"/> 75歳到達	<input type="checkbox"/> 障害認定	申請理由発生の年月日	年号	年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 収入超過(勤務先の健康保険制度未加入)	<input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: 年 月 日)	<input type="checkbox"/> 離婚	R	×	×	0	4	2	0
		<input type="checkbox"/> 失業給付受給開始	<input type="checkbox"/> その他()	健康保険証・資格確認書(対象者のみ) <input checked="" type="checkbox"/> 高齢受給者証(70歳以上) <input checked="" type="checkbox"/>						

《注意事項》

- 申請前に、被扶養者として認められる要件等について、東芝健保ホームページを確認してください。申請に必要な書類については、『扶養状況届』を確認してください。不明な点があった場合、従業員の方は勤務先の健保担当窓口(一般的には総務加入の方は健保(レセプト管理センター)へお問い合わせください。なお、申請料はかかりません。
- 東芝健保の被扶養者となる日は、東芝健保が申請書類等により扶養の実態を1カ月以内に東芝健保が受理した場合は、遡って認定します。1カ月以内の実態を認めて受理した日認定となります。
- 認定対象者の年間収入は、130万円未満(60歳以上または概ね厚生年金保険料は180万円未満)であること。かつ、
・認定対象者が被保険者と同居の場合は、被保険者の年間収入の2分の1未満
・認定対象者が被保険者と別居の場合は、被保険者からの送金額より少ないこと。
- 削除申請の場合、ホームページ内の「取消し事例別の取消し日および必要書類一覧」を確認し、「認定取消し日」を「申請理由発生の年月日」欄に記入してください。「認定取消し日」の日付から東芝健保の健康保険は使用できません。
- 『個人番号(マイナンバー)』欄は加入申請の場合記入が必要です。

健康保険証または資格確認書および高齢受給者証(70歳以上)を必ず添付し、チェックする

広域連合から障害認定を受け、後期高齢者医療制度に加入した場合は、後期高齢者医療の資格情報のお知らせまたは資格確認書の写しを添付してください。

健保決定年月日	健保事由
年号 年 月 日	
健保使用欄のため未記入	

受付日付印

〈本届に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。〉