

# 健康保険被扶養者(異動)届【追加届用】

マツダ健康保険組合		
常務理事	事務長	係

■の中は、記入しないでください。

※番号は右詰で記入ください。

提出日 令和 年 月 日

※日中、必ず連絡がとれる連絡先を記入ください。

健康保険		被保険者氏名	連絡先 (注4)	所属名	〇〇〇〇部〇〇〇Gr			職長名 (注4)	〇〇
記号	番号			電話番号	携帯番号	〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 (内線)	メールアドレス		
1	X X X X X X	健保 太郎							
追加する家族の氏名		続柄	現在の職業	収入の種類(注1) 年間収入(見込)額	別居の場合 仕送り金額 (月額)	異動年月日	異動理由 (注2)	任意継続 加入(注3) 加入期間	認定日
フリガナ	ケンボ ユウタ	子	無職	なし		年 月 日	退職	有 (無)	年 月 日
	健保 優太			住民票上該当する方に○ 同一世帯・別世帯	別世帯の場合 住所を記入ください			1	
フリガナ									

現在の状態を記入してください。扶養追加する前の収入額は記載しないでください。

前職の健康保険を継続しているかどうかの確認です。継続されている場合、資格喪失するまでは申請不可です。

- 異動理由
- ・被保険者入社
  - ・結婚
  - ・出生
  - ・退職
  - ・収入減
  - ・雇用保険受給終了
  - ・同居
  - など

**必要な提出書類について**  
(提出された書類一式を確認し、健康保険の被扶養者認定条件(続柄・収入等)を満たしているかどうかを審査します。)  
裏面「被扶養者認定に必要な提出書類一覧表」をご確認ください。

・「異動年月日」は事実発生日をご記入ください。  
・認定日は提出書類一式をマツダ健保が受理した日(受付日)とします。ただし、異動理由となる事実が発生して30日以内に受理し、その事実が書面等で確認できる場合は、その事実が発生した日に遡って認定します。出生は出生日に遡ります。

※提出は、マツダ(株)HRポストに投函又は簡易書留でマツダ健保組合宛てに郵送してください。HRポスト投函手順は、当マツダ健保HP→「家族に増減があったとき」→「提出書類マツダ(株)右隣の▷【追加届用】提出手順」をご確認ください。

- ・個人番号を含む書類の社内便送付は、社内便/バッグ便禁止となっています。
- ・直接お持ちになる場合は、ふれあい会館1Fにあるマツダ健康保険組合のポストに投函ください。

【添付書類】  
・裏面  
・発送は個人

又は、ふれあい会館1Fにあるマツダ健康保険組合のポストに投函いただくか、簡易書留にて郵送ください。

マツダ株式会社

受付印

# 被扶養者認定に必要な提出書類一覧表

◆被扶養者の状況に該当する書類は全て(身分関係の書類+収入状況確認の書類(中学生以下不要)+その他(該当する場合))提出ください。尚、提出された添付書類は返却できませんのでご了承ください。

◎: 該当している場合は必ず提出  
○: 該当している場合はいずれかを提出  
△: 選っての認定が必要な場合に提出

被扶養者として申請する人の状況 (該当するものすべて)	提出書類 (写)と記載されていないものは原本	子・孫・兄弟・弟妹		父母・祖父母		その他		書類の入手先
		配偶者	新生児※1)	中学生以下	高校生以上	被保険者の父母・祖父母	配偶者の父母・祖父母	
全員	健康保険被扶養者(異動)届【追加届用】	◎	◎	◎	◎	◎	◎	用紙をマツダ健保HPから出力
学生(夜間・通信・定時制除く)	在学証明書(3ヵ月以内に交付のもの)	◎		◎	◎	◎	◎	学校
被保険者と住民票上、同一世帯の場合	世帯全員分記載の住民票または住民票記載事項証明書(本籍地記載不要)※1) ※世帯主が被保険者以外の場合、住民票だけでは精算がわからないため、追加で戸籍謄本または「母子手帳の写し」※10)を添付をしてください。	◎	◎	◎	◎	◎	◎	市区町村役場
被保険者と住民票上、別世帯の場合	1. 戸籍謄本※1) ・認定履歴がある場合は不要(配偶者除く) 2. 「マイナンバーカード面の写し」または「通知カードの写し」	◎	◎	◎	◎	◎	◎	別世帯は申請不可
①前年から継続して給与収入がない※4)	所得証明書	◎		◎	◎	◎	◎	銀行・郵便局等公的な機関
②以前働いていて退職(被保険者資格喪失)した 勤務期間中、雇用保険に加入していた ※「退職の証明」いずれか1つと、「雇用保険に関する確認書」もご提出ください。	健康保険は任意継続だった	◎		◎	◎	◎	◎	元の保険者(協会けんぽ・健保組合等)
	出産手当金・傷病手当金を受給中(給付日額が収入基準内の場合)	◎		◎	◎	◎	◎	元の保険者(協会けんぽ・健保組合等)
	出産手当金の受給資格があるのに受給しない場合	◎		◎	◎	◎	◎	マツダ健保にご連絡ください。
	失業給付の受給前 または受給する意思がない	◎		◎	◎	◎	◎	用紙をマツダ健保HPから出力し、退職した勤務先で証明してもらう
	※「退職の証明」いずれか1つと、「雇用保険に関する確認書」もご提出ください。	◎		◎	◎	◎	◎	退職した勤務先(ハローワーク)
	雇用保険受給資格者証(両面の写)、あるいは受給期間延長通知書(写)	◎		◎	◎	◎	◎	ハローワーク
	雇用保険資格喪失確認通知書(被保険者用通知用)写)	◎		◎	◎	◎	◎	退職した勤務先(ハローワーク)
	雇用保険に関する確認書	◎		◎	◎	◎	◎	用紙をマツダ健保HPから出力し、署名する。
失業給付を受給中(基本手当日額が収入基準内の場合)	◎		◎	◎	◎	◎	ハローワーク	
失業給付の受給が終了した	◎		◎	◎	◎	◎	ハローワーク	
雇用保険未加入だった	◎		◎	◎	◎	◎	用紙をマツダ健保HPから出力し、退職した勤務先で証明してもらう	
③退職はせずに引き続き収入がある 又は 退職後 30日以内に別の所で収入がある※7)	◎		◎	◎	◎	◎	◎	用紙をマツダ健保HPから出力し、勤務先で証明してもらう ・元の保険者(協会けんぽ・健保組合等)
パートまたはアルバイト	◎		◎	◎	◎	◎	◎	用紙をマツダ健保HPから出力し、勤務先で証明してもらう
自営業・農業等 個人事業収入がある	◎		◎	◎	◎	◎	◎	税務署
④個人事業を廃業した	◎		◎	◎	◎	◎	◎	市区町村役場、保健所、税務署
⑤年金を受給している(障害・遺族 含む)	◎		◎	◎	◎	◎	◎	・日本年金機構等(はがき) ・市区町村役場、退職した勤務先、勤務先等
結婚による申請	△							市区町村役場等
同居したことによる申請	△							市区町村役場
収入減による申請	△							勤務先
「出生」以外での子のみを申請する場合(本人入社・家族退職 等)	◎		◎	◎				用紙をマツダ健保HPから出力し、勤務先で証明してもらう
その他	△							

【健康保険における被扶養者の条件】

- 被扶養者の範囲は、被保険者により生計を維持している。  
・直系尊属、配偶者(内縁を含む)、子、孫、兄弟、弟妹  
・同一世帯に属している三親等内の親族、内縁の配偶者の父母子
- 扶養順位は、社会通念を原則とする。
- 別居(住民票上、同一世帯でない)の場合、被保険者の仕送りは、申請する家族の収入を上回っていること。
- 年間収入額は、次の基準内であること。  
\* 60歳未満 \*  
年間・・・130万円未満  
月額・・・108,334円未満  
日額・・・3,612円未満  
\* 60歳～75歳未満 \* ※1)  
年間・・・180万円未満  
月額・・・150,000円未満  
日額・・・5,000円未満

※1) 概ね厚生年金保険法の障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障がい者を含む。  
雇用保険失業給付・健康保険給付(出産手当金・傷病手当金)は、給付日額により判断します。(収入基準に関する詳細は、マツダ健保HP参照)

【注 意】認定日は提出書類一式をマツダ健保が受理した日(受付日)とします。ただし、異動理由となる事実が発生して30日以内に提出され、その事実が書面等で確認できる場合は、その事実が発生した日によって認定します。出生は出生日に遡ります。

・提出書類だけでは認定できない場合には、別途追加書類をご提出いただく場合があります。

- ※1) 海外で出生の場合は「出生証明書(翻訳添付)」(写)でも可。
- ※2) 被保険者入社に伴い別世帯の家族を扶養申請する場合に限り、初回の仕送り額確認書類の提出により認定いたします。
- ※3) 海外から帰国(来日)したばかりで収入証明の提出が不可能な場合は「所得に関する確認書」の提出をお願いします。(マツダ健保にご連絡ください。)
- ※4) 前年、1円でも給与収入があれば「以前働いていて退職(被保険者資格喪失)した」に該当します。
- ※5) 「青色申告決算書」又は「収支内訳書」を確認し個別に判断します。
- ※6) 紛失されている場合は、日本年金機構に再交付してもらってください。

- ※7) 収入減により被保険者でなくなる場合は「資格喪失証明書」もご提出ください。
- ※8) 扶養に追加する月～1年間分の収入見込み額を事業主に証明してもらってください。
- ※9) 該当する場合はご提出ください。
- ※10) 市区町村役場が出生の証明をしているページの写しをご提出ください。
- ※11) 個人番号が記載されていない住民票を取得された場合は、「マイナンバーカード面の写し」または「通知カードの写し」を添付ください。

# 健康保険被扶養者(異動)届【削除届用】

マツダ健康保険組合		
常務理事	事務長	係

■ の中は、記入しないでください。

※番号は右詰で記入ください。

提出日 令和 ○○年 ○月 ○日

※日中、必ず連絡がとれる連絡先を記入ください。

健康保険		被保険者氏名		生年月日			住所	TEL ○○○-○○○-○○○-○○○				
記号	番号	氏名		年	月	日	〒	○○県○○市○○町○○丁目○○番地				
1	X X X X X X	健保 太郎		昭	○	○		○○部 ○○○G				
				平	○	○		(職長名 ○○)(ポストNo. ○○)(内線 ○○)				
削除する家族の氏名		性別	生年月日		続柄	異動年月日		異動理由(注1)	住民票上同別世帯	「被扶養者削除証明書」(注2)	削除日	
フリガナ ケンボ ハナミ		男	昭									
健保 花美		女	57	6	29	妻	6	12	2	失業給付開始	同一世帯・別世帯	要・不要
フリガナ		男	昭									
		女	平									
フリガナ		男	昭									
		女	平									
フリガナ		男	昭									
		女	平									

### 異動理由

- ・就職
- ・社会保険加入
- ・収入基準超過
- ・失業給付開始
- ・離婚
- ・他者認定
- ・別居

削除後に国民健康保険等に参加する  
場合に必要書類です。  
異動理由が、就職・社会保険加入の  
場合は不要です。

### 【添付書類について】

- 削除する家族のマツダ健保発行の被保険者証と、  
次のものを同時に添付ください。(削除日確認のため)
- ※ 社会保険に加入した場合・・・資格確認証の写し(表面のみ)もしくは健康保険組合発行の「資格情報のお知らせ」の写し
  - ※ 失業給付開始の場合、「雇用保険受給資格者証」の写し(両面)
  - ※ 死亡の場合、「家族埋葬料請求書」

受付印

事業所名称・所在地
広島県安芸郡府中町新地3番1号
マツダ株式会社