

課長	課長代理	扱	合議

様式番号	
適	3

健康保険被扶養者異動届

事業所の 記号	被保険者 番号	証明欄	この届け出は、下記①又は②の要件を満たしていることを証明します。	確認欄
		<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。	
		※証明欄にチェックがある場合、被保険者の捺印を省略することができます。		
被保険者 氏名	被保険者 の住所			

認定対象者氏名	性別	生年月日	続柄	※認定年月日	職業	扶養することになった事由	扶養することになった年月日	備考
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9		年 月 日			年 月 日	
個人番号	【事業主記載欄】 <input type="checkbox"/> 被保険者との身分・生計維持に関する情報について確認済みです。							
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9		年 月 日			年 月 日	
個人番号	【事業主記載欄】 <input type="checkbox"/> 被保険者との身分・生計維持に関する情報について確認済みです。							
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9		年 月 日			年 月 日	
個人番号	【事業主記載欄】 <input type="checkbox"/> 被保険者との身分・生計維持に関する情報について確認済みです。							
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9		年 月 日			年 月 日	
個人番号	【事業主記載欄】 <input type="checkbox"/> 被保険者との身分・生計維持に関する情報について確認済みです。							
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9		年 月 日			年 月 日	
個人番号	【事業主記載欄】 <input type="checkbox"/> 被保険者との身分・生計維持に関する情報について確認済みです。							

上記のとおり被保険者から届け出がありましたので提出いたします。

令和 年 月 日 提出

事業所の名称
及び所在地
事業主氏名

北海道農業団体健康保険組合理事長 殿

記入上の注意

1. この届け出は被扶養者が増加する場合に提出すること。（被保険者が被扶養者を新たに有した場合、更に増加した場合）

- (1) ※欄は記入しないこと。
- (2) 証明欄の内容に該当する場合は□にチェックすること。該当しない場合は必ず被保険者氏名欄に捺印すること。
- (3) 認定対象者氏名のフリガナは「カタカナ」で正確に記入すること。
- (4) 個人番号欄は在市区町村より交付された番号（12桁）を正確に記入すること。（出生の場合で、個人番号が交付されていない場合を除く。）
- (5) 続柄は「妻」「長男」「長女」「二男」「二女」「養子」「実母」「妻の母」等詳細に記入すること。
- (6) 職業は「学生」「アルバイト」「家事従事」「農業」「賃貸収入」「配当収入」等その実態がわかるよう記入すること。
- (7) 扶養することになった事由は「結婚」「出生」「養子縁組」「退職」等、理由を詳細に記入すること。
- (8) 扶養することになった年月日は、結婚の場合には婚姻の日、出生の場合には出生の日、退職の場合には退職日の翌日、その他の場合は扶養開始の日を記入すること。
- (9) 【事業主記載欄】は、公的証明書等により事業主が被保険者と認定対象者の身分・生計維持関係に関する情報を確認した場合に□にチェックすること。

2. 被扶養者の認定基準について

被保険者の三親等以内の親族で、日本国内に住所を有しているもののうち、下記要件を満たしている者。

(1) 認定対象者が被保険者と同居の場合

- ア. 認定対象者の収入基準額……………130万円未満/年であること。（基準額は改正になる場合あり。）
(60歳以上あるいは障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者である場合は180万円/年)
- イ. 認定対象者の年間収入……………被保険者の年間収入（可処分所得）の1/2未満であること。
- ウ. 認定対象者の収入が認定対象者の収入を含めて算出した世帯平均生計費未満であること。

(2) 認定対象者が被保険者と別居の場合

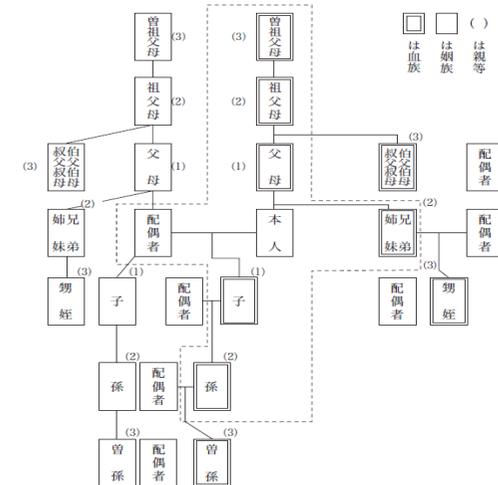
- ア. 認定対象者の収入基準額……………同居の場合と同じ。
- イ. 認定対象者の年間収入……………同居の場合と同じ。
- ウ. 認定対象者の収入額を超える援助を行い、かつ下記基準額以上の援助を行っていること。
- エ. 被保険者からの援助額を含めて算出した認定対象者世帯の平均生計費が、被保険者世帯の平均生計費未満であること。

※援助の下限基準額

認定対象者数	援助下限額
1人	5万円(月額)/60万円(年額)
2人	6.5万円(月額)/78万円(年額)
以降、同一居住先で1人増加するごとに1.5万円(月額)/18万円(年額)を加える	

※ 援助額確認のため、通帳(写)等を提出すること。なお、手渡しは不可。

被扶養者の範囲、三親等内の親族一覧図



*点線以外の被扶養者となるには被保険者との同居が必要

3. 届け出提出にかかる添付書類

身分・生計維持関係の確認のため、原則、戸籍謄本・住民票等の公的証明書を添付すること。（届け出に個人番号の記載があり、公的証明書等により、事業主が被保険者と認定対象者の身分・生計維持関係に関する情報を確認し、届け出の【事業主記載欄】の□にチェックがある場合は、公的証明書等の添付は省略可。）

また、上記の認定基準に基づき扶養認定を行うため、対象者の状況により、戸籍謄本、住民票、在学証明書、雇用保険関係書類、年金振込通知（写）等を提出すること。詳細は北農健保組合ホームページ（<http://www.hokunoukenpo.or.jp/>）「事務の提要」参照。

様式番号	
適	3

健康保険被扶養者認定通知書

確認欄	
-----	--

事業所の記号		被保険者番号							
被保険者氏名				被保険者の住所					
認定対象者氏名	性別	生年月日	続柄	※認定年月日	職業	扶養することになった事由	扶養することになった年月日	備考	
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9 年 月 日		年 月 日			年 月 日		
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9 年 月 日		年 月 日			年 月 日		
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9 年 月 日		年 月 日			年 月 日		
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9 年 月 日		年 月 日			年 月 日		
フリガナ 氏名	男 1 女 2	昭5 平7 令9 年 月 日		年 月 日			年 月 日		

上記のとおり扶養者として認定したことを通知します。

事業所の名称
及び所在地
事業主氏名

殿

北海道農業団体健康保険組合理事長