正

健康保険被扶養者（異動）届

事業所番号				

事業所名

被保険者（申請者）	→	事業主	マネージャー	担当者	→	ENEOSグループ健康保険組合			台帳	被保険者証	個人番号
※(提出日) 令和 年 月 日						常務理事	事務長	担当者			

私（申請者）は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
個人番号は当健保組合の「個人情報取扱方針」に基づく「個人情報保護管理規程」において、その取扱い、利用目的等が定められており、当該規程に則って管理・利用いたします。

※発生理由	1. 認定　3. 同居⇒別居　5. 別居⇒別居 2. 削除　4. 別居⇒同居　6. その他	※記号		※番号		※被保険者	氏名	
※所属	（会社）	（事業所）	（課・Gr）				生年月日	昭和・平成・令和　年　月　日
							住所	〒

※被扶養者の氏名 ※フリガナ ① ※漢字氏名	※性別	※生年月日 ② （〇で囲む）	※年齢	※続柄 ③	※職業 ④	※収入月額⑤ 円	※被扶養者 認定・削除・異動 年月日 ②	※理由 ⑥
	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日					令和　年　月　日	
	※個人番号（マイナンバー）	□提出拒否（※該当する場合はレを記入）						
	※同居　別居 ⑦	別居先住所	〒					
	※1：同居住所と同じ 2：別居先住所と同じ	住民票住所	〒					
	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日					令和　年　月　日	
	※個人番号（マイナンバー）	□提出拒否（※該当する場合はレを記入）						
	※同居　別居 ⑦	別居先住所	〒					
	※1：同居住所と同じ 2：別居先住所と同じ	住民票住所	〒					
	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日					令和　年　月　日	
	※個人番号（マイナンバー）	□提出拒否（※該当する場合はレを記入）						
	※同居　別居 ⑦	別居先住所	〒					
	※1：同居住所と同じ 2：別居先住所と同じ	住民票住所	〒					

【注意事項】 記入例を参考に ※ 印欄のみ記入してください。（発生理由は、該当番号に〇を記入）
（「6. その他」は、3～5に該当しない場合（被扶養者の登録住所の変更等））
①被扶養者氏名のフリガナは、姓と名の間にｽﾍﾟｰｽを空け、ｶﾀｶﾅで左詰めに記入してください。
②年月日は左のゼロも記入してください。
③続柄は妻、長男、養子、孫、養母、妹、弟など詳しく記入してください。
④職業は、パート・アルバイト・学生（学年を記入）等と記入してください。
⑤収入月額には給与収入・年金収入・家賃収入等の他、失業給付や傷病手当金等も含まれます。
⑥理由は、結婚・出生・失業・死亡・離婚・就職等の事実を具体的に記入してください。
⑦別居の場合は、別居先住所に記入して下さい。住民票住所は、1. 2のどちらにも該当しない場合にご記入ください。
・配偶者が扶養となっていない場合は、配偶者の源泉徴収票等の収入がわかるもの。
・被扶養者が海外に異動する場合は、査証・被保険者の海外赴任辞令・学生証等、海外異動がわかるもの。

【下記にあたる場合は、削除の対象となります】
（注）被保険者証を必ず添付してください。
・被保険者または、被扶養者として他健保へ加入したとき
・年収が被保険者の2分の1を超えたとき
・1ヶ月の収入が恒久的に10万8千333円を超えた場合。（60歳以上および障害年金受給者は15万円）
・1ヶ月の収入が10万8千円を超え、年間130万円（60歳以上および障害年金受給者は月額15万円、年間180万円）を超過する見込みになったとき
・給付日額3，612円以上（60歳以上および障害年金受給者は5,000円以上）の雇用保険を受給するとき
・同居（同一世帯で生計を維持）が認定条件の方が別居になったとき。別居で未送金等、被保険者の収入を主として生計維持しなくなったとき

資格確認印

御中

事業所番号

副

健康保険被扶養者（異動）決定通知書

被保険者（申請者）

※(提出日)

令和　　年　　月　　日

審査の結果、下記のとおり （ 認定 ・ 削除 ・ 不認定 ） としましたので通知いたします。

私（申請者）は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。
個人番号は当健保組合の「個人情報取扱方針」に基づく「個人情報保護管理規程」において、その取扱い、利用目的等が定められており、当該規程に則って管理・利用いたします。

※ 発生理由	1. 認定　3. 同居⇒別居　5. 別居⇒別居 2. 削除　4. 別居⇒同居　6. その他	※ 記号		※ 番号		※ 被保険者	氏名
※ 所属	（会社）	（事業所）	（課・Gr）				生年月日：昭和・平成・令和　年　月　日
							住所：〒

※ 被扶養者の氏名 ※ フリガナ ① ※ 漢字氏名	※ 性別	※ 生年月日 ②（○で囲む）	※ 年齢	※ 続柄 ③	※ 職業 ④	※ 収入月額⑤ 円	※ 被扶養者 認定・削除・異動 年月日 ②	※ 理由 ⑥
	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日					令和　年　月　日	
	※ 個人番号（マイナンバー）	□ 提出拒否（＊該当する場合はレを記入）						
	※ 同居　別居 ⑦	別居先住所	〒					
	※1：同居住所と同じ 2：別居先住所と同じ	住民票住所	〒					
	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日					令和　年　月　日	
	※ 個人番号（マイナンバー）	□ 提出拒否（＊該当する場合はレを記入）						
	※ 同居　別居 ⑦	別居先住所	〒					
	※1：同居住所と同じ 2：別居先住所と同じ	住民票住所	〒					
	男・女	昭和 平成 令和　年　月　日					令和　年　月　日	
	※ 個人番号（マイナンバー）	□ 提出拒否（＊該当する場合はレを記入）						
	※ 同居　別居 ⑦	別居先住所	〒					
	※1：同居住所と同じ 2：別居先住所と同じ	住民票住所	〒					

【不認定理由：　　】

1. 対象者の年収が被保険者の収入の2分の1を超えていたため。
2. 1ヶ月の収入が恒久的に108,333円を超えていたため。（60歳以上の方、障害年金受給者は15万円）
3. 給付日額3,612円以上（60歳以上の方、障害年金受給者は5,000円以上）の給付を受給のため。
4. 同居（同一世帯で生計を維持）が認定条件を満たしていないため。
5. 夫婦共同扶養による扶養認定において、配偶者の収入の方が多いと判断したため。
6. その他 （　　）

資格確認印

＊ この通知書の確認および決定に不服がある時は、処分のあったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書または口頭で社会保険審査官（地方厚生(支)局内）に審査請求できます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求または処分の取消しの訴えを提起することができます。

再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書または口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に 対して行うことができ、処分取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に健康保険組合を被告として提起することができます。

神奈川県横浜市中区桜木町一丁目1番地8
ENEOSグループ健康保険組合
（045-414-8425）

＜公印省略＞

ENEOS20240401