

# 健康保険被扶養者（異動）届

健康使用欄			
承認者	常務理事	事務長	担当責任者
			抜者

●家族を健康保険に入れる/扶養から外す際に、健保組合で審査を行うために必要な書類です。  
 太枠内を全て正確にご記入ください。この届出は異動のあった日より5日以内に提出ください。

提出日	令和 2 年 4 月 5 日		
被保険者証の 記号	1	被保険者証の 番号	234567
事業所名	ヤマハ株式会社		メール NO.
氏名	(フリガナ) <b>ハヤマ</b> (氏) <b>葉山</b>	(名) <b>太郎</b> (本人自署の場合、言明可)	所属
住所	〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××		△△事業部 □□生産課
	静岡県浜松市中区中沢町 117-118		被扶養者と 同居の場合 その理由※3
	あなたの配偶者が扶養家族となっていない場合、その年収 ※3		□単身赴任 □その他
	□ 扶養家族 □ 扶養家族ではない		万円
	被保険者 年収※3		万円
	標準報酬月額		千円

届出区分	増	減
氏名	(フリガナ) <b>ハヤマ</b> (氏) <b>葉山</b>	(名) <b>シントロウ</b> <b>慎太郎</b>
生年月日	昭和 平成 令和	8 年 8 月 8 日
性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)
		長男
被扶養者 になった日 ※3	令和 2 年 4 月 1 日	被保険者との 同居 ※3
		□同居 □別居
その理由	増の理由... 出生・結婚・離職・雇用条件変更・雇用保険受給終了 その他 減の理由... <b>就職</b> ・死亡・収入増・雇用保険受給開始 ( )	収入 (年収) ※3
		万円
現住所 TEL ※3	□同上※1 〒 - TEL(携帯)	職業 ※3
		所得税控除
		□有 □無
当該届出 提出年 1/1の住所 ※3	同上※1 □ 都道府県 市区町村	備考 ※2,3 (該当番号別紙)
		個人番号 12ケタ
		証明書交付
		□取得 □喪失

届出区分	増	減
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)
		□同居 □別居
被扶養者 になった日 ※3	令和 年 月 日	被保険者との 同居 ※3
		□同居 □別居
その理由	増の理由... 出生・結婚・離職・雇用条件変更・雇用保険受給終了 その他 減の理由... 就職・死亡・収入増・雇用保険受給開始 ( )	収入 (年収) ※3
		万円
現住所 TEL ※3	□同上※1 〒 - TEL(携帯)	職業 ※3
		所得税控除
		□有 □無
当該届出 提出年 1/1の住所 ※3	同上※1 □ 都道府県 市区町村	備考 ※2,3 (該当番号別紙)
		個人番号 12ケタ
		証明書交付
		□取得 □喪失

※1 被保険者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住所の記入は不要です。  
 ※2 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、2枚目の要件を確認いただき、該当する番号を「備考欄」に記載してください。  
 ※3 減申告時は記入不要です。

- ◎ 添付資料は、添付書類一覧でご確認ください。
- ◎ 申請する方が「配偶者」の場合、できる限り携帯番号を記入ください。  
 保健事業から保健指導のお電話をさせていただく場合がございます。
- ◎ 続柄は、妻、長男、養子等、具体的に記入ください。
- ◎ 減申告(扶養を外す申請)をする場合には、保険証を必ず添付ください。  
 就職の場合には、新しい保険証の写しを添付ください。
- ◎ 申請する方3名以上の場合には、本届出書を複数枚ご提出ください。  
 2枚目以降の被保険者欄の記入は「記号-番号」、「氏名」のみ記入ください。

健保記入欄	事業所担当者 受付印	健保受付印
社会保険労務士の代行者印		
(印)		

ヤマハ健康保険組合

# 健康保険被扶養者（異動）届

健康使用欄			
承認者	常務理事	事務長	担当責任者
			抜者

●家族を健康保険に入れる/扶養から外す際に、健保組合で審査を行うために必要な書類です。  
太枠内を全て正確にご記入ください。この届出は異動のあった日より5日以内に提出ください。

提出日	令和 2 年 4 月 5 日		
被保険者証の 記号	1	被保険者証の 番号	234567
事業所名	ヤマハ株式会社		メール NO.
氏名	(フリガナ) ハヤマ (氏) 葉山	(名) タロウ 太郎	所属 △△事業部 □□生産課
住所	〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××		被扶養者と 同居の場合 その理由※3
生年月日	昭和 □平成 □令和	46 年 10 月 10 日	性別 □単身赴任 □その他
取得 年月日	昭和 □平成 □令和	元 年 8 月 1 日	□男 □女
あなたの配偶者が扶養家族となっていない場合、その年収 ※3	□ 扶養家族 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養家族ではない		200 万円
被保険者 年収※3	700 万円		標準報酬月額 千円

届出区分	氏名	(フリガナ) ハヤマ (氏) 葉山	(名) ハナコ 花子	生年月日	昭和 □平成 □令和	2 年 5 月 1 日	性別	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)	長女	児童手当受取人 (子・孫増申請時) ※3
増	被扶養者 になった日 ※3	令和 2 年 5 月 1 日	扶養しなくなった日 (死亡の時は 死亡日の翌日を記入)	令和			被保険者との 同居居 ※3	□同居 □別居		証送納日	【事業所担当者記入欄】 □にチェック
減	その理由	増の理由... <input checked="" type="checkbox"/> 出生・結婚・退職・雇用条件変更・雇用保険受給終了 その他 減の理由... 就職・死亡・収入増・雇用保険受給開始 ( )					収入 (年収) ※3	万円	職業 ※3	家族手当	□有 □無
	現住所 TEL ※3	□同上※1 〒 - TEL(携帯)								所得税控除	□有 □無
	当該届出 提出年 1/1の住所 ※3	同上※1	都道府県	市区 町村	備考 ※2,3 (該当番号別紙)	個人番号 12ケタ			証明書交付	□取得 □喪失	

届出区分	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	昭和 □平成 □令和	年 月 日	性別	□男 □女	続柄 (例:長男)		児童手当受取人 (子・孫増申請時) ※3
増	被扶養者 になった日 ※3	令和	年 月 日	扶養しなくなった日 (死亡の時は 死亡日の翌日を記入)	令和	年 月 日	被保険者との 同居居 ※3	□同居 □別居		証送納日	【事業所担当者記入欄】 □にチェック
減	その理由	増の理由... 出生・結婚・退職・雇用条件変更・雇用保険受給終了 その他 減の理由... 就職・死亡・収入増・雇用保険受給開始 ( )					収入 (年収) ※3	万円	職業 ※3	家族手当	□有 □無
	現住所 TEL ※3	□同上※1 〒 - TEL(携帯)								所得税控除	□有 □無
	当該届出 提出年 1/1の住所 ※3	同上※1	都道府県	市区 町村	備考 ※2,3 (該当番号別紙)	個人番号 12ケタ			証明書交付	□取得 □喪失	

※1 被保険者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住所の記入は不要です。  
 ※2 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、2枚目の要件を確認いただき、該当する番号を「備考欄」に記載してください。  
 ※3 減申告時は記入不要です。

- ◎ 添付資料は、添付書類一覧でご確認ください。
- ◎ 申請する方が「配偶者」の場合、できる限り携帯番号を記入ください。  
保健事業から保健指導のお電話をさせていただく場合がございます。
- ◎ 続柄は、妻、長男、養子等、具体的に記入ください。
- ◎ 減申告(扶養を外す申請)をする場合には、保険証を必ず添付ください。  
就職の場合には、新しい保険証の写しを添付ください。
- ◎ 申請する方3名以上の場合には、本届出書を複数枚ご提出ください。  
2枚目以降の被保険者欄の記入は「記号-番号」、「氏名」のみ記入ください。

健保記入欄	事業所担当者 受付印	健保受付印
社会保険労務士の代行者印		
(印)		

ヤマハ健康保険組合

# 健康保険被扶養者（異動）届

健康使用欄			
承認者	常務理事	事務長	担当責任者
			抜者

●家族を健康保険に入れる/扶養から外す際に、健保組合で審査を行うために必要な書類です。  
太枠内を全て正確にご記入ください。この届出は異動のあった日より5日以内に提出ください。


提出日	令和 2 年 4 月 5 日		
被保険者証の 記号	1	被保険者証の 番号	234567
事業所名	ヤマハ株式会社		メール NO.
氏名	(フリガナ) ハヤマ (氏) 葉山	(名) タロウ 太郎	所属 △△事業部 □□生産課
住所	〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××		被扶養者と 同居の場合 その理由※3
生年月日	昭和 平成 令和	46 年 10 月 10 日	性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
取得 年月日	昭和 平成 令和	元 年 8 月 1 日	
あなたの配偶者が扶養家族となっていない場合、その年収 ※3	200 万円		被保険者 年収※3
<input type="checkbox"/> 扶養家族 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養家族ではない			700 万円

届出区分	増	減
氏名	(フリガナ) ハヤマ (氏) 葉山	(名) サキコ 咲子
生年月日	昭和 平成 令和	2 年 4 月 1 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)
被扶養者 になった日 ※3	令和 2 年 4 月 1 日	扶養しなくなった日 (死亡の時は 死亡日の翌日を記入)
その理由	増の理由... 出生・結婚・ <b>離職</b> ・雇用条件変更・雇用保険受給終了 その他 減の理由... 就職・死亡・収入増・雇用保険受給開始 ( )	
現住所 TEL ※3	〒 - TEL(携帯)	
当該届出 提出年 1/1の住所 ※3	同上※1	備考 ※2,3 (該当番号別紙)

届出区分	増	減
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)
被扶養者 になった日 ※3	令和 年 月 日	扶養しなくなった日 (死亡の時は 死亡日の翌日を記入)
その理由	増の理由... 出生・結婚・離職・雇用条件変更・雇用保険受給終了 その他 減の理由... 就職・死亡・収入増・雇用保険受給開始 ( )	
現住所 TEL ※3	□同上※1 〒 - TEL(携帯)	
当該届出 提出年 1/1の住所 ※3	同上※1	備考 ※2,3 (該当番号別紙)

※1 被保険者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住所の記入は不要です。  
※2 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、2枚目の要件を確認いただき、該当する番号を「備考欄」に記載してください。  
※3 減申告時は記入不要です。

- ◎ 添付資料は、添付書類一覧でご確認ください。
- ◎ 申請する方が「配偶者」の場合、できる限り携帯番号を記入ください。  
保健事業から保健指導のお電話をさせていただく場合がございます。
- ◎ 続柄は、妻、長男、養子等、具体的に記入ください。
- ◎ 減申告(扶養を外す申請)をする場合には、保険証を必ず添付ください。  
就職の場合には、新しい保険証の写しを添付ください。
- ◎ 申請する方3名以上の場合には、本届出書を複数枚ご提出ください。  
2枚目以降の被保険者欄の記入は「記号-番号」、「氏名」のみ記入ください。

健保記入欄	事業所担当者 受付印	健保受付印
社会保険労務士の代行者印 		

ヤマハ健康保険組合