

健康保険被扶養者(異動)届

●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。

| 健保使用欄 | | | |
|-------|------|-----|-------|
| 承認者 | 常務理事 | 事務長 | 担当責任者 |
| | | | 抜者 |

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|----------|-----|------|-------|--------|---|-----------------|-----------------------|--------------|--|
| 提出日 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の記号 | | 被保険者証の番号 | | 事業所名 | | メール No | | | | | |
| 被保険者欄 | 氏名 (フリガナ) | | (氏) | | (名) | | 所属 | | 被扶養者と別居の場合 その理由 ※3 | | |
| | 住所 〒 | | TEL | | 生年月日 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | |
| | TEL | | TEL | | 取得年月日 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> 扶養家族 <input type="checkbox"/> 扶養家族ではない | | | | | | | | 被保険者 年収※3 万円 | | 標準報酬月額 万円 | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--------------|--|--|--|-------------------------------|--|---|--|--|--|---|--|--------------|--|
| 被扶養者欄 | 届出区分 | 氏名 (フリガナ) | | (氏) | | (名) | | 生年月日 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3 | | | |
| | | 性別 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 続柄 (例:長男) | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| | 増・減 | 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 | | 被保険者との同別居 ※3 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | 証返納日 | |
| | | その理由 | | 増の理由… <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 雇用条件変更 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> その他 減の理由… <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 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 | | 所得稅控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 証明書交付 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 | | | | | |
| 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) | | <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ | | 個人番号 12ケタ | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|------|--------------|--|--|--|-------------------------------|--|---|--|--|--|---|--|--------------|--|
| 被扶養者欄 | 届出区分 | 氏名 (フリガナ) | | (氏) | | (名) | | 生年月日 | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | 児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3 | | | |
| | | 性別 | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | 続柄 (例:長男) | | 年 | | 月 | | 日 | | | |
| | 増・減 | 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 | | 被保険者との同別居 ※3 | | <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 | | 証返納日 | |
| | | その理由 | | 増の理由… <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 雇用条件変更 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給終了 <input type="checkbox"/> その他 減の理由… <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 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 | | 所得稅控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | 証明書交付 <input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失 | | | | | |
| 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) | | <input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤ | | 個人番号 12ケタ | | | |

※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。その場合、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(扶養から外す)の時は記入不要です。

- ◎ 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G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。
- ◎ 扶養から外す場合は、その方の保険証を必ず添付し返却してください。
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 記載欄 | | |

ヤマハ健康保険組合

※日本国内に被扶養者の住民票がない場合、
被扶養者が以下いずれかの要件に該当するか確認いただき、該当する番号を表面の備考欄に記載してください。

| 番号 | 要件 | 添付書類の例 |
|----|--|---|
| ① | 外国において留学をする学生 | 査証、学生証、在学証明書、入学証明書等の写し |
| ② | 外国に赴任する被保険者に同行する者 【具体例】 家族帯同ビザが発行される者 | 査証、海外赴任辞令(人事異動通知)、海外の公的機関が発行する居住証明書等の写し |
| ③ | 観光、保養又はボランティア活動、その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者 【具体例】 原則としてビザに有効期限がある者 | 査証、ボランティア派遣機関の証明、ボランティアの参加同意書等の写し |
| ④ | 被保険者が外国に赴任している間に当該被保険者との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められる者 【具体例】 ・海外赴任中に生まれた被保険者の子供 ・海外赴任中に現地で結婚した配偶者 ・海外赴任中に縁組を結んだ特別養子 | 出生や婚姻等を証明する書類等の写し |
| ⑤ | ①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他の事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者 【具体例】 留学等の理由で渡航する被扶養者の海外在住中に生まれた子供等 | 出生や婚姻等を証明する書類等の写し等 |

※ 但し、日本国内に住所を有していても日本に滞在する目的(ビザ)が次の特定活動の場合には、被扶養者とすることができません。

(a) 病院・診療所に入院し、医療を受ける方

(b) (a)の日常生活を世話する方

(c) 1年を超えない期間、観光・保養、その他これらに類似する活動を目的として滞在する方

※ 添付いただく書類が外国語で作成されている場合には、翻訳者の署名がされた日本語翻訳文を添付ください。