

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	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	
			31	
被保険者欄	氏名	(フリガナ) ハヤマ タロウ (氏) 葉山 太郎 (本人自署の場合、押印不要)	所属	<input checked="" type="checkbox"/> △△事業部 <input type="checkbox"/> □□生産課
	住所	〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 46 10 10 年 月 日
		浜松市中区中沢町 117-118	取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 8 1 年 月 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 <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	標準報酬月額
			万円	万円

被扶養者欄	届出区分	氏名	(フリガナ) ハヤマ シンタロウ (氏) 葉山 慎太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 8 8 8 年 月 日	児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3	
				性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 増 <input checked="" type="checkbox"/> 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 2 年 4 月 1 日	被保険者との同別居 ※3	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
		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 checked="" 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	家族手当
	現住所 TEL ※3	□ 同上※1 〒 - TEL(携帯)			職業 ※3	所得税 控除	
	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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	証明書 交付	
		都道府県	市区町村	個人番号 12ケタ		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失	

被扶養者欄	届出区分	氏名	(フリガナ) ハヤマ シンタロウ (氏) 葉山 慎太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 8 8 8 年 月 日	児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3	
				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 増 <input type="checkbox"/> 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
		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	家族手当
	現住所 TEL ※3	□ 同上※1 〒 - TEL(携帯)			職業 ※3	所得税 控除	
	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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	証明書 交付	
		都道府県	市区町村	個人番号 12ケタ		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 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。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

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	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		
			31		
被保険者欄	氏名	(フリガナ) ハヤマ タロウ (氏) 葉山 太郎 (本人自署の場合、押印不要)	所属	△△事業部 □□生産課	被扶養者と別居の場合 その理由 ※3
	住所	〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 46 10 10 年 月 日	<input type="checkbox"/> 会社都合による 単身赴任 <input type="checkbox"/> 自己都合による 単身赴任 <input type="checkbox"/> その他
		〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××	取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 8 1 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他
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		被保険者 年収※3	200 万円	700 万円	標準報酬月額 千円

被扶養者欄	届出区分	氏名	(フリガナ) ハヤマ ハナコ (氏) 葉山 花子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 2 5 1 年 月 日	児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3	
				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()	
	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 年 月 日	続柄 (例:長男)	長女	証返納日
	その理由	増の理由… <input checked="" 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 ()		被保険者との 同別居 ※3	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	【事業所担当者記入欄】 □にチェック	
増・減	収入(年収) ※3	万円		家族手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
現住所 TEL ※3	〒 - TEL(携帯)		職業 ※3	所得控除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	証明書 交付	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失	

被扶養者欄	届出区分	氏名	(フリガナ) (氏)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3
				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()
	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	続柄 (例:長男)	
	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 ()		被保険者との 同別居 ※3	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	【事業所担当者記入欄】 □にチェック
増・減	収入(年収) ※3	万円		家族手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
現住所 TEL ※3	〒 - TEL(携帯)		職業 ※3	所得控除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤	証明書 交付	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 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。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

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	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	31
被保険者欄	氏名	(フリガナ) ハヤマ タロウ (氏) 葉山 太郎 (本人自署の場合、押印不要)	所属	<input checked="" type="checkbox"/> △△事業部 <input type="checkbox"/> □□生産課
	住所	〒 430 - 1234 TEL 053 - 460 - ××××	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 46 10 10 年 月 日
		取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 元 8 1 年 月 日	被扶養者と別居の場合 その理由 ※3 <input type="checkbox"/> 会社都合による単身赴任 <input type="checkbox"/> 自己都合による単身赴任 <input type="checkbox"/> その他
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 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

被扶養者欄	届出区分	氏名	(フリガナ) ハヤマ サキコ (氏) 葉山 咲子	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 2 4 1 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)	妻	児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()
	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)	令和 年 月 日	被保険者との同別居 ※3	<input checked="" 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 checked="" 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	0 万円		家族手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	現住所 TEL ※3	<input checked="" type="checkbox"/> 同上※1 〒 - TEL(携帯)				職業 ※3	無職		所得税 控除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤			証明書 交付	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失
				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 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄 (例:長男)		児童手当受取人 (子・孫増申請時)※3 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> その他()	
	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		家族手当	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	現住所 TEL ※3	<input type="checkbox"/> 同上※1 〒 - TEL(携帯)				職業 ※3			所得税 控除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> ⑤			証明書 交付	<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 喪失
				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