

健康保険被扶養者（異動）届【減】

記入例：収入増

額	千円	常務理事	事務長	係
)	万円			

提出日	令和 6 年 12 月 5 日	次頁の「書類提出上の注意」をご確認のうえ、漏れや誤りがないよう記入してください。不備があった場合、手続きに時間を要することになりますのでご注意ください。										
① 被保険者等	記号	●●●	② フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ			*太枠内は「子」を扶養に入れる場合、必ず記入すること					
	番号	▲▲▲		健保 太郎			被保険者の配偶者の有無	有・無	(有の場合)	配偶者の昨年の年収	万円/年	
③ 被保険者現住所	〒		都道府県							電話番号	-	
	フリガナ氏名		⑤性別	⑥生年月日および年齢		⑦続柄	⑧職業(学年等)	⑨収入(年額)	⑩被保険者との居住	⑪被扶養者となる日	⑫被扶養者から除く日	⑬被扶養者となる理由又は除く理由
被 1	ケンポ ヨシコ 健保 良子		男・女	昭・平・令 () 歳		妻			同居	令和 6 年 12 月 1 日	収入が増えたため	
	⑮個人番号						万円	別居	⑯現住所	電話番号	-	
⑰住民票の住所		<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ		<input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ		<input type="checkbox"/> ③または⑬以外 *右記に住所を記入						
扶 2			男・女	昭・平・令 () 歳				同居	令和 年 月 日			
	⑮個人番号						万円	別居	⑯現住所	電話番号	-	
⑰住民票の住所		<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ		<input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ		<input type="checkbox"/> ③または⑬以外 *右記に住所を記入						
養 3												
	⑮個人番号											
⑰住民票の住所		<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ		<input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ		<input type="checkbox"/> ③または⑬以外 *右記に住所を記入						
者 4								別居	⑯現住所	電話番号	-	
	⑮個人番号						万円					
⑰住民票の住所		<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ		<input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ		<input type="checkbox"/> ③または⑬以外 *右記に住所を記入						

(60歳未満の被扶養者)
年間収入が130万円(月平均108,334円)を超えると見込まれた日を記入してください

(60歳以上、60歳未満でも障害年金がもらえる程度の心身に重い障害がある被扶養者)
年間収入が180万円(月平均150,000円)を超えると見込まれた日を記入してください

有効な被保険者証をお持ちの場合は、扶養から除く対象者の被保険者証を必ず添付してください。

有効期限内の資格確認書をお持ちの場合は、扶養から除く対象者の資格確認書を必ず添付してください。

事業所 (会社) 記入欄	
事業所所在地 名称	事業主 (会社) 記入 印
事業主氏名	

社会保険労務士の提出代行者記入欄 印

受付日付印

【個人情報の取り扱いについて】
本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

横河電機健康保険組合

健康保険被扶養者（異動）届【減】

記入例：失業給付受給開始

常務理事	事務長	係
千円		
万円		

提出日	令和 6 年 12 月 8 日	次頁の「書類提出上の注意」をご確認のうえ、漏れや誤りがないよう記入してください。不備があった場合、手続きに時間を要することになりますのでご注意ください。																		
① 被保険者等	記号	●●●	② フリガナ 被保険者氏名	ケンポ タロウ			*太枠内は「子」を扶養に入れる場合、必ず記入すること				被保険者の配偶者の有無	有・無	(有の場合) 配偶者の昨年の年収	万円/年						
	番号	▲▲▲		健保 太郎			被保険者の配偶者の有無	有・無	(有の場合) 配偶者の現在の月額収入	万円/月	(無の場合) ※該当する方に○ 死別・離別									
③ 被保険者現住所	〒 都道府県										電話番号	-								
被扶養者	④ フリガナ氏名	ケンポ ヨシコ 健保 良子	⑤ 性別	男・女	⑥ 生年月日および年齢	昭・平・令 () 歳	⑦ 続柄	妻	⑧ 職業(学年等)	同居	⑩ 被保険者との居住	令和 年 月 日	⑪ 被扶養者となる日	令和 6 年 12 月 3 日	⑫ 被扶養者から除く日	失業給付受給開始	⑬ 被扶養者となる理由又は除く理由		⑭ 申請時直近に加入していた健康保険名	
	⑮ 個人番号											万円	⑯ 現住所			電話番号				
	⑰ 住民票の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ <input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ <input type="checkbox"/> ⑮または⑯以外 *右記に住所を記入																		
	⑰ 住民票の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ <input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ <input type="checkbox"/> ⑮または⑯以外 *右記に住所を記入																		
養者	⑮ 個人番号											万円	⑯ 現住所			電話番号				
	⑰ 住民票の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ <input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ <input type="checkbox"/> ⑮または⑯以外 *右記に住所を記入																		
者	⑮ 個人番号											万円	⑯ 現住所			電話番号				
	⑰ 住民票の住所	<input type="checkbox"/> 被保険者現住所 ③と同じ <input type="checkbox"/> 別居の現住所 ⑬と同じ <input type="checkbox"/> ⑮または⑯以外 *右記に住所を記入																		

「雇用保険受給資格者証」をご確認ください。失業給付受給開始日（待機満了日の翌日）になります。実際に給付金が振り込まれた日ではありません。

有効な被保険者証をお持ちの場合は、扶養から除く対象者の被保険者証を必ず添付してください。

有効期限内の資格確認書をお持ちの場合は、扶養から除く対象者の資格確認書を必ず添付してください。

事業所所在地	事業主（会社）記入		印
事業所名称			
事業主氏名			

社会保険労務士の提出代行者記入欄	印
------------------	---

受付日付印

【個人情報の取り扱いについて】
本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。

横河電機健康保険組合