

健康保険被扶養者（異動）届【減】

記入例：収入増

| | | |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
| | | |

提出日 令和 8 年 1 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 ●●●
 フリガナ ケンポ タロウ
 番号 ▲▲▲
 被保険者氏名 健保 太郎

② フリガナ ケンポ タロウ
 被保険者氏名 健保 太郎

③ 被保険者現住所 東京都府県

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) 収入(年額)

⑨ 被保険者との居住 同居

⑩ 被扶養者となる日 令和 8 年 1 月 1 日

⑪ 被扶養者から除く日

⑫ 被扶養者となる理由又は除く理由 収入が増えたため

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

⑯ 住民票の住所

⑰ 資格確認書発行可否

⑱ 発行が必要 ※申請書要提出

⑲ 資格確認書発行可否

⑳ 発行が必要 ※申請書要提出

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

(内縁関係を含む配偶者を除く、19歳以上23歳未満の被扶養者)
 年間収入が150万円(月平均125,000円)を超え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)を超えた日を記入してください

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 事業主氏名 事業主(会社)記入 印

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：死亡

| | | | | |
|----|----|------|-----|---|
| 額 | 千円 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
| 万円 | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------|------------------|--|---|-------------------------|-----------------------|------------|----------------------------|------------------|-----------------------|---------------------|------|
| 提出日 | 令和 7 年 12 月 26 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 | | | | | | | | | | |
| 被扶養者 | ④ フリガナ氏名 | ⑤ 性別 | ⑥ 生年月日および年齢 ※元号は○で囲む ※年齢は⑩欄時点の年齢を記入 | 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 | ⑭ 申請時直近に加入していた健康保険名 | |
| | 1 | ケンポ ケンイチ 健保 健一 | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | 父 | 同居 | 令和 年 月 日 | 令和 7 年 12 月 15 日 | 死亡 | | |
| | ⑮ 個人番号 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | *被扶養者の現住所が 発行が必要 ※申請書要提出 | | | | | | | | | |
| 扶養者 | 2 | | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | | 同居 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | ⑮ 個人番号 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | *被扶養者の現住所が海外の場合、「健康保険 被扶養者海外居住届」の提出が必要です。(健康保険法施行規則第38条) | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | 発行が必要 ※申請書要提出 | | | | | | | | | |
| 養者 | 3 | | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | | 同居 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | ⑮ 個人番号 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | *被扶養者の現住所が海外の場合、「健康保険 被扶養者海外居住届」の提出が必要です。(健康保険法施行規則第38条) | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | 発行が必要 ※申請書要提出 | | | | | | | | | |
| 者 | 4 | | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | | 同居 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | | |
| | ⑮ 個人番号 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | *被扶養者の現住所が海外の場合、「健康保険 被扶養者海外居住届」の提出が必要です。(健康保険法施行規則第38条) | | | | | | | | | |
| | ⑰ 住民票の住所 | 発行が必要 ※申請書要提出 | | | | | | | | | |

死亡日の翌日を記入してください

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 事業所名称 事業主氏名 | 事業主（会社）記入 | 印 |
|--------------------------|-----------|---|

| | |
|------------------|---|
| 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。

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 | | |

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。

| | | | | | | | | | | | |
|---------|------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|-----------|-------------|------------|----------------------------|------------------|-------------------|--|
| 提出日 | 令和 7 年 12 月 8 日 | ① 被保険者等 | | 記号 | ●●● | フリガナ | 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 | ▲▲▲ | 被保険者氏名 | 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 | | |
| | | | | | | | | (無の場合) | 配偶者の現在の月額収入 万円/月 | | |
| | | | | | | | | | ※該当する方に○ 死別・離別 | | |
| 被保険者現住所 | 〒 都道府県 電話番号 | | | | | | | | | | |
| 被扶養者 | ④ 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 | ⑭ 申請時直近に加入していた健康保険名 |
| | ケンポ ヨシコ 健保 良子 | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | 妻 | | | 同居 | 令和 年 月 日 | 令和 7 年 12 月 3 日 | 失業給付受給開始 | |
| | ⑮ 個人番号 | | | | | | 別居 | 〒 | | | |
| | 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 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※申請書要提出 |
| 養者 | ④ 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 | ⑭ 申請時直近に加入していた健康保険名 |
| | | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | | | | 同居 | 令和 年 月 日 | | | |
| | ⑮ 個人番号 | | | | | | 別居 | 〒 | | | |
| | 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 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※申請書要提出 |
| 者 | ④ 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 | ⑭ 申請時直近に加入していた健康保険名 |
| | | 男・女 | 昭・平・令 年 月 日 () 歳 | | | | 同居 | 令和 年 月 日 | 令和 年 月 日 | | |
| | ⑮ 個人番号 | | | | | | 別居 | 〒 | | | |
| | 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 | | | | | | | <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※申請書要提出 |

「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。