

健康保険被扶養者異動届 (減)

被 保 險 者 記 入 欄	氏名No.		被 保 険 者 等				
			記号			番号	
	会社名		事業所			所属	
	被 扶 養 者 異 動 欄	フリガナ			続柄	性別	生 年 月 日
		家族氏名					<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 年 月 日 (歳)
	異動年月日		住 所 (都道府県から記入)				
	令和 年 月 日		(〒 -)			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	異 動 理 由	<input type="checkbox"/> 1. 就職 <input type="checkbox"/> 2. 失業給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input type="checkbox"/> 4. 収入基準超過					
		<input type="checkbox"/> 5. その他 () <input type="checkbox"/> 6. 75 歳到達 <input type="checkbox"/> 7. 老人保健法障害認定者該当					
健康保険資格喪失証明書の発行 (いずれかに○) ⇒ 要・不要							
上記のとおり被扶養者の異動を申請いたします。 令和 年 月 日 (〒 -) 被保険者 住 所 _____ 氏 名 (戸籍名) _____							
(注意) 1. 必ず健康保険被保険者証または資格確認書が交付されている場合は当該資格確認書を添付してください。 2. 異動年月日は 就職した日・失業給付金受給を開始した日など実際に異動が発生した日を記入してください。なお死亡した場合は死亡日の翌日を記入してください。							

※ 被保険者記入欄のみご記入ください。

事業主受付

健 康 保 險 組 合 処 理 欄	健康保険被扶養者異動届受理欄				備 考		登 録	
	上記健康保険被扶養者異動届 (減) を受理します。				健康保険組合受付			
	理事長	常務理事	主 任	係				