

健康保険 被扶養者異動（減少）届

選択肢のある項目はそれぞれ  
該当するものに○を付けてください

担当者

被保険者欄	被保険者証 記号	54321	刀かけ	ヨコハマ ヤスオ	申請日	令和 3年 4月 10日
	番号	987654	氏名	横浜 康夫	生年月日	昭和 平成 45年 6月 7日
	勤務先	(事業所) 横浜ゴム 新橋事業所		(所属) ***推進室		

【添付書類】

- 当健保発行の健康保険証（該当の方は限度額認定証・高齢受給者証等も含む）
- 減少する事由の発生日が判る書類(写)  
\*就職の場合は、新たに交付された保険証の写し等を添付して下さい。

被扶養者 1	刀かけ	ヨコハマ	ヤスミ	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	生年月日	昭和 平成 令和 10年 9月 8日
	氏名	横浜	保美	続柄	長女	削除日	令和 3年 4月 1日
	削除事由	1. 就職 2. 収入増 3. 死亡 4. その他( )			*就職の場合 加入先健保等名称		***建設業健保組合
	健保使用欄	削除日	令和 年 月 日	証回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失 備考

添付書類 1. 2. に漏れが無いか確認をしてください。

被扶養者 2	刀かけ			性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			続柄		削除日	令和 年 月 日
	削除事由	1. 就職 2. 収入増 3. 死亡 4. その他( )			*就職の場合 加入先健保等名称		
	健保使用欄	削除日	令和 年 月 日	証回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失 備考

被扶養者 3	刀かけ			性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			続柄		削除日	令和 年 月 日
	削除事由	1. 就職 2. 収入増 3. 死亡 4. その他( )			*就職の場合 加入先健保等名称		
	健保使用欄	削除日	令和 年 月 日	証回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失 備考

被扶養者 4	刀かけ			性別	男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			続柄		削除日	令和 年 月 日
	削除事由	1. 就職 2. 収入増 3. 死亡 4. その他( )			*就職の場合 加入先健保等名称		
	健保使用欄	削除日	令和 年 月 日	証回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失 備考

事業主記入欄	事業主確認事項	この届出について、事業主が下記事項の確認を行いました。 <input type="checkbox"/> 記載内容に誤りが無い事を、被保険者(本人)に確認しています。	
	提出日		
	事業所在地		
	事業主氏名		

勤務先事業所が証明する欄です  
添付書類を揃えて  
事業所へ提出してください

健保受付印