

## 健康保険 被扶養者異動（減少）届

常務理事	事務長	担当者

被保険者欄	被保険者証	記号	フリガナ	申請日	令和 年 月 日
		番号	氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
	勤務先	(事業所)		(所属)	

- 【添付書類】 1. 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）/資格確認書  
 2. 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「資格情報のお知らせ」もしくは「資格確認書」の写し等を添付して下さい。

被扶養者 1	フリガナ		性別	男	女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名	(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	証及び資格確認書回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失	備考

被扶養者 2	フリガナ		性別	男	女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名	(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	証及び資格確認書回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失	備考

被扶養者 3	フリガナ		性別	男	女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名	(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	証及び資格確認書回収	月 日	回収状況	1. 添付 2. 減失	備考

被扶養者 4	フリガナ		性別	男	女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	氏名	(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	証及び資格確認書回収	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	令和 年 月 日	
	事業所在地	〒	
	事業所名称		
	事業主名 電話番号	( )	

健康受付印