

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	フリガナ	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) / 資格確認書
- 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	フリガナ	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		

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	フリガナ			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			

被扶養者 3	フリガナ			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			

被扶養者 4	フリガナ			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			

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

健保受付印

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