

# 健康保険 被扶養者(異動減)届

減

届出年月日 令和    年    月    日

記号・番号 (保険証左上に記載)	—	事業所名	
被保険者氏名	被保険者 TEL		(                    )

- 届出時は健康保険証を添付してください。
- 雇用保険受給開始により扶養から外す際は、雇用保険受給資格者証の写しを添付してください。
- 『新保険証取得済(就職等)』で喪失証明書の発行を希望される方は新保険証の取得日(就職日)が分かる書類を必ず添付してください。

被扶養者氏名				生年月日				性別	続柄				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	例:長男、養女				
異動減理由発生日				異動減理由									
令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新保険証取得済(就職等) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保加入予定(収入増等) <input type="checkbox"/> その他 (内容: <span style="background-color: #d3d3d3; border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> )									
備考				健保 処理欄	喪失日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 証回収			

被扶養者氏名				生年月日				性別	続柄				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	例:長男、養女				
異動減理由発生日				異動減理由									
令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新保険証取得済(就職等) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保加入予定(収入増等) <input type="checkbox"/> その他 (内容: <span style="background-color: #d3d3d3; border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> )									
備考				健保 処理欄	喪失日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 証回収			

被扶養者氏名				生年月日				性別	続柄				
フリガナ				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	例:長男、養女				
異動減理由発生日				異動減理由									
令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 新保険証取得済(就職等) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 国保加入予定(収入増等) <input type="checkbox"/> その他 (内容: <span style="background-color: #d3d3d3; border: 1px solid black; padding: 2px 5px;"> </span> )									
備考				健保 処理欄	喪失日	令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 証回収			

健 保 組 合	
決 裁	処 理

健保受付

事 業 所	
責 任 者	担 当