

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)	999	-	9999	事業所名	○○○○株式会社			
被保険者氏名	健保 弘志			(印)	TEL	999 (999) 9999		

- 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。

被扶養者氏名				生年月日				性別	続柄		
フリガナ ケンボ スマレ				○	年	○	月	○	日	<input type="checkbox"/> 男	例:長男、養女 妻
健保 すみ										<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
異動減理由発生日				異動減理由							
令和	○	年	○	月	○	日	<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 (内容:)				
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				年	月	日	<input type="checkbox"/> 男	例:長男、養女			
							<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 女		
異動減理由発生日				異動減理由							
令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 (内容:)							
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				年	月	日	<input type="checkbox"/> 男	例:長男、養女			
							<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 女		
異動減理由発生日				異動減理由							
令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 (内容:)							
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