

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 スミレ				<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	○	年	○	月	○	日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	例:長男、養女 妻
健保 すみ												
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"/> 収入増			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> その他 (内容:)		
備考	健保 処理欄			喪失日	令和	年	月	日	□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"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> その他 (内容:)			
備考	健保 処理欄			喪失日	令和	年	月	日	□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"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増			<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> その他 (内容:)			
備考	健保 処理欄			喪失日	令和	年	月	日	□証回収	

健保組合	
決裁	処理

健保受付

事業所	
責任者	担当