

健康保険 被扶養者異動届 (減)

健保組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者	
記号	番号 (右づめで記入)

令和 年 月 日 提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電話番号	自宅	
所属 (または出向先)	部		職場(内線)	
	室・グループ		職場(外線)	
	課・工場			
被保険者住所	〒 -			

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	事由発生年月日	健康保険資格喪失証明書	健保記入欄	
							認定解除年月日	健保記入欄
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での健康保険加入:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため※2 4.死亡※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .)
		女				否		<input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での健康保険加入:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため※2 4.死亡※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .)
		女				否		<input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での健康保険加入:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため※2 4.死亡※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .)
		女				否		<input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での健康保険加入:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため※2 4.死亡※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .)
		女				否		<input type="checkbox"/> 減失 (R . .)

【添付書類】 資格確認書等(交付を受けているとき)

- ※1 「1.就職(就職先での健康保険加入:有)」の場合… 就職先の資格情報のお知らせの写し、資格確認書の写し、またはマイナポータル健康保険資格情報画面の写し(資格取得日が確認できるもの)
- ※2 「3.失業給付受給」の場合… 雇用保険受給資格者証(両面)の写し <留意事項>雇用保険日額が3,612円(60才以上は5,000円、その年の12月31日現在の年齢が19歳以上23歳未満(配偶者は除く)は4,167円)を超える場合
- ※3 「4.死亡」の場合… 死亡診断書の写し、または埋葬許可書の写し

受付日付印

【備考欄】

健保記入欄	<6.> 同居家族の有無 (有・無)	喪失証明書発行日 (R . .)
-------	--------------------	-------------------