

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

健康保険被保険者証	
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	室・グループ課・工場	職場(内線)	
被保険者住所	〒 -			
			職場(外線)	

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(就職先での保険証: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 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証: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 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証: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 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証: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 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)

- 【添付書類】 ※1 「1.就職」の場合…就職先の健康保険被保険者証の写し
 ※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)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 . .)