


# 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  


健康保険被保険者証									
記号				番号(右づめで記入)					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)
日鉄	太朗

事業所名	XXXXXXXX(株)			電話番号	自宅	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
所属(または出向先)	〇〇	部	〇〇		職場(内線)	〇〇××
			室		職場(外線)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
被保険者住所	〒 123 - 4567 〇〇県〇〇市〇〇町 ×××					

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) ニッセツ コタロウ 日鉄 小太郎	昭平令 〇 × 〇 × 〇 ×	男 長男	①	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 〇 年 〇 月 〇 日	要	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	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	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	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 . . )