

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)

平成 年 月 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)
	印

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

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	認定解除年月日	健保記入欄
(フリガナ)	昭 年 月 日 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) 2.収入増 ※3.失業給付受給のため 4.死亡 5.結婚 6.離婚 7.その他()	平成 年 月 日	要 否	* 年 月 日	*
(フリガナ)	昭 年 月 日 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) 2.収入増 ※3.失業給付受給のため 4.死亡 5.結婚 6.離婚 7.その他()	平成 年 月 日	要 否	* 年 月 日	*
(フリガナ)	昭 年 月 日 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) 2.収入増 ※3.失業給付受給のため 4.死亡 5.結婚 6.離婚 7.その他()	平成 年 月 日	要 否	* 年 月 日	*
(フリガナ)	昭 年 月 日 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) 2.収入増 ※3.失業給付受給のため 4.死亡 5.結婚 6.離婚 7.その他()	平成 年 月 日	要 否	* 年 月 日	*

※基準額(3,612円)を超える場合

*欄は健保記入欄です。

【添付書類】 1.就職の場合……就職先の健康保険証のコピー。
2.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