

# 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)

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	〒			

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	男		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	男		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	男		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	男		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