

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)			
1	2	3	4		5	6	7 8

平成 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

被 保 険 者 の 氏 名	
(氏) ケンポ 健保	(名) タロウ 太郎 印

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	新日鐵住金○×△	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	〒 123-4567 ◇◇県○△市◇町×-×-×			
			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) ケンポ 健保 イチロウ 一郎	昭 平 ○ × × △ ○ ×	男 女	長男	1.就職(就職先での保険証:有・無) ※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 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) ※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 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) ※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 平	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無) ※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