

健康保険 被扶養者（異動）届（減少）

常務理事	事務長	担 当

提出日	令和	年	月	日	*被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印を省略できます。														
被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏 名	フリガナ				生年月日			性別		扶養削除証明書			*健 保 記 入 欄	資格取得年月日			
	番号		昭和 平成	年	月	日	男	女	必要	・	不要	平成 令和	年	月		日			
社員番号													標準報酬月額						
被保険者 住 所	〒									電話番号					千円				

*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の種類	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日				性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養をしなくなった日				異動理由 ※その他は備考欄に 理由を記入	備 考	※健 保 記 入 欄	扶養削除日			
			平成令和									平成令和							平成令和			
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給6.その他 開始			平成 令和	年	月	日
			個人番号 (12桁)																			
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給6.その他 開始			平成 令和	年	月	日
			個人番号 (12桁)																			
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給6.その他 開始			平成 令和	年	月	日
			個人番号 (12桁)																			
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女			円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給6.その他 開始			平成 令和	年	月	日
			個人番号 (12桁)																			

事業主の証明	令和	年	月	日
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号			

提出期限	異動を生じた日から5日以内
* 被扶養者減少の場合：対象者の被保険者証を添付してください。	

受付日付印