

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 年 月 日 平成 令和 標準報酬月額 千円			
	番号		昭和 平成	年	月	日	男	女	必要	不要							
社員番号	〒						電話番号										

*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	扶養削除日				
											年	月	日			年	月	日	年	月
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和	年	月	日	男			円	同居 別居	平成	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	年	月	日
		令和				女					令和						令和			
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和	年	月	日	男			円	同居 別居	平成	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	年	月	日
		令和				女					令和						令和			
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和	年	月	日	男			円	同居 別居	平成	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	年	月	日
		令和				女					令和						令和			
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和	年	月	日	男			円	同居 別居	平成	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	年	月	日
		令和				女					令和						令和			

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