

在職者の方は、事業主人事部へご提出ください。
任継の方は、直接健保宛にご提出ください。

健康保険 被扶養者（異動）届（減少）

※申請する被扶養者の保険証を添付してください。

証明書は、被保険者住所宛に送付いたします。

提出日	令和 1 年 5 月 1 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 1	被保険者 氏 名	フリガナ ケンボ タロウ				生年月日			性別	扶養削除証明書 必要 ・ 不要	*健保 記入 欄	資格取得年月日			
	番号 12345		健保 太郎				昭和 平成	年 3	月 4	日 5			男 女	平成 令和	年	月
社員番号	90082												標準報酬月額			
被保険者 住 所	〒 222-8562 神奈川県横浜市港北区新横浜〇-〇-〇										電話番号		045-〇〇〇-〇〇〇〇			

*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
減少	フリガナ ケンボ ハナ (氏) (名)	昭和 平成 令和 2 1 2 1 2	男 女	妻	会社員	250万	同居 別居	平成 令和 3 1 4 3 0	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
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和 平成 令和	男			円		平成	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
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和 平成 令和	男			円		平成	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
減少	フリガナ (氏) (名)	昭和 平成 令和	女			円	同居 別居	平成 令和	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

扶養をしなくなった日(事由発生日)を記入してください。

就職: 就職日
離婚: 離婚日
死亡: 死亡日の翌日
雇用保険受給開始: 雇用保険受給開始日
その他の理由: 原則、事由発生日

異動理由が
6.その他 の場合は、備考欄に具体的な届出の
理由を記入してください。

事業主 の証明	令和 年 月 日
	事業所
	事業所
	事業主
	電 話 番 号

事業主が証明する欄
(任継(保険証記号 99)の方は不要です)

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