健康保険 被扶養者異動届 (減)

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

【 注意事項 】

- 添付書類が必要な場合がありますので、記入例にてご確認ください。
- 扶養手当および税扶養控除の手続きについては、別途、各事業所への届出が必要です。
各事業所担当部門へお問い合わせください。

※太枠線内を記入してください。

記入日	令和	年	月	日	↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。		
被保険者等 記号・番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)	性 別	1.男	2.女
	現住所						
被保険者の勤務する事業所名称※任意継続者は記入不要				所属・電話 ※任意継続者は記入不要			
T E L							

※申請する家族について記入してください。

続柄	被扶養者 氏名	(フリガナ)	性 別	1.男 2.女	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日			
扶養削除年月日		異動理由(該当するものに○をしてください)					扶養削除日					
平成 令和	年	月	日	1. 就職(勤務先の健康保険に加入) 2. 収入基準超過 3. 失業給付受給開始(手当日額3,612円以上) 4. 別居 5. 離婚 6. 死亡 7. その他()					平成 令和	年	月	日
※異動理由によっては添付書類が必要です。記入例でご確認ください。												

続柄	被扶養者 氏名	(フリガナ)	性 別	1.男 2.女	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日			
扶養削除年月日		異動理由(該当するものに○をしてください)					扶養削除日					
平成 令和	年	月	日	1. 就職(勤務先の健康保険に加入) 2. 収入基準超過 3. 失業給付受給開始(手当日額3,612円以上) 4. 別居 5. 離婚 6. 死亡 7. その他()					平成 令和	年	月	日
※異動理由によっては添付書類が必要です。記入例でご確認ください。												

続柄	被扶養者 氏名	(フリガナ)	性 別	1.男 2.女	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日			
扶養削除年月日		異動理由(該当するものに○をしてください)					扶養削除日					
平成 令和	年	月	日	1. 就職(勤務先の健康保険に加入) 2. 収入基準超過 3. 失業給付受給開始(手当日額3,612円以上) 4. 別居 5. 離婚 6. 死亡 7. その他()					平成 令和	年	月	日
※異動理由によっては添付書類が必要です。記入例でご確認ください。												

証明書 交付	この届で扶養から削除した方の削除証明書が必要な場合(国民健康保険に加入する等)はこちらに✓をしてください。								
	☐ 被扶養者削除証明書の交付を希望								

事業所所在地
事業所名称
事業主名

受付印