

健康保険被扶養者異動届 (減らすとき)

被保険者欄	被保険者証				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	記号	10	番号		住民票住所	〒	—		<input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県
	フリガナ								
	氏名								

被扶養者欄 ①	フリガナ					続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名						個人番号						
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 収入増(<input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入) <input type="checkbox"/> 給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> その他()											
	異動年月日	令和	年	月	日	喪失証明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	削除日	令和	年	月	日	

被扶養者欄 ②	フリガナ					続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名						個人番号						
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 収入増(<input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入) <input type="checkbox"/> 給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> その他()											
	異動年月日	令和	年	月	日	喪失証明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	削除日	令和	年	月	日	

テープ

ここに保険証を
セロハンテープ等で貼付してください

テープ

ここに保険証を
セロハンテープ等で貼付してください

- 令和 年 月 日 上記の通り証明します。
- この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。
 - ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 - ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称
事業主(代理人)氏名

事業所コード()

本件問合せ連絡先 (本件問い合わせに必要ですので、必ず記入してください)

部署・担当者氏名

電話連絡先

令和 年 月 日 提出

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。

健保承認印

健保受付印

喪 発送日 /

副

A

担当

健康保険被扶養者異動届 (減らすとき)

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 証				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	記号	10	番号		住民票住所	〒 ー <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県			
	フリガナ								
	氏名								

被 扶 養 者 欄 ①	フリガナ		続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	氏名			個人番号							
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 収入増(<input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入) <input type="checkbox"/> 給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> その他()									
	異動年月日	令和	年	月	日	喪失証明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	削 除 日	令和	年	月

被 扶 養 者 欄 ②	フリガナ		続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	氏名			個人番号							
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 離婚 収入増(<input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入) <input type="checkbox"/> 給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> その他()									
	異動年月日	令和	年	月	日	喪失証明	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	削 除 日	令和	年	月

- 令和 年 月 日 上記の通り証明します。
- この届出については、①又は②の要件を満たしたものです。
 - ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 - ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地

事業所名称
事業主(代理人)氏名

事業所コード()

本件問合せ連絡先 (本件問い合わせに必要ですので、必ず記入してください)

部署・担当者氏名

電話連絡先

令和 年 月 日 提出

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください。

健保承認印

健保受付印