

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 等				生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日
	記号	10	番号		住民票住所	〒	—		□都 □道 □府 □県
	フリガナ								
	氏名								

被 扶 養 者 ①	フリガナ			続柄	性別	□男 □女	生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日
	氏名										
	異動事由	□就職 □死亡 □離婚 収入増（□社保加入、□国保加入） □給付金受給開始 □収入逆転 □その他（ ）									
	異動年月日	令和	年	月	日	喪失証明	□要 □不要	削除日	令和	年	月

被 扶 養 者 ②	フリガナ			続柄	性別	□男 □女	生年月日	□昭和 □平成 □令和	年	月	日
	氏名										
	異動事由	□就職 □死亡 □離婚 収入増（□社保加入、□国保加入） □給付金受給開始 □収入逆転 □その他（ ）									
	異動年月日	令和	年	月	日	喪失証明	□要 □不要	削除日	令和	年	月

テープ

健保
確認欄

保険証をお持ちの方は
セロハンテープ等で貼付してください
※資格確認書をお持ちの場合も返却が必要です

テープ

健保
確認欄

保険証をお持ちの方は
セロハンテープ等で貼付してください
※資格確認書をお持ちの場合も返却が必要です

- 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 /