

健康保険 被扶養者異動届 (減)

※自筆の場合は必ずボールペンで記入してください

事業所		健 保	
担当	担当	事務長	常務理事

記入日 令和 年 月 日

被保険者 (本人)

本申請書の提出を事業主へ委任します (委任する場合は☑)

保険証の 記号・番号	-	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年 月 日
所 属	住所	〒 -	電 話 番 号		
			- -		

被扶養者 (今回申請をする家族)

被保険者 との続柄	被扶養者の氏名		生年月日			年齢	性別	資格喪失 証明書	
	フリガナ	氏	名	昭和 平成 令和	年	月	日	歳	男 ・ 女
申請の事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 勤務先の健保加入 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他 ()								
事由発生日	令和 年 月 日								

被扶養者 (今回申請をする家族)

被保険者 との続柄	被扶養者の氏名		生年月日			年齢	性別	資格喪失 証明書	
	フリガナ	氏	名	昭和 平成 令和	年	月	日	歳	男 ・ 女
申請の事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 勤務先の健保加入 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他 ()								
事由発生日	令和 年 月 日								

被扶養者 (今回申請をする家族)

被保険者 との続柄	被扶養者の氏名		生年月日			年齢	性別	資格喪失 証明書	
	フリガナ	氏	名	昭和 平成 令和	年	月	日	歳	男 ・ 女
申請の事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増加 <input type="checkbox"/> 勤務先の健保加入 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他 ()								
事由発生日	令和 年 月 日								

【申請に必要な添付書類】 下記以外にも状況によって必要な書類の提出を依頼する場合があります。

- 就職：就職先の健康保険証 (写し) または雇用契約書 (写し) 雇用保険受給開始：不要 収入増加：不要
- 勤務先の健保加入：就職先の健康保険証 (写し) または健康保険資格証明書
- 離婚：離婚の日付が確認できる書類 (離婚届受理証明書など) 死亡：埋葬許可書 (写し) または死亡診断書 (写し)
- 扶養異動：新しく加入した健康保険証 (写し) または資格取得証明書

健保使用欄

事業所	所在地 名称 事業主
-----	------------------