

常務理事	事務長	グループ 統括	課長	係長	担当

健康保険被扶養者(異動)届 (減)

①事業所記号	3000	②性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	③フリガナ		④被保険者 生年月日	元号 年 月 日		
被保険者等番号				被保険者氏名					
⑤資格取得 年月日	元号	年	月	日	⑥被保険者 住民票住所	〒			
⑦フリガナ 被扶養者氏名	⑧性別	⑨職業	⑩被扶養者の生年月日		⑪続柄 ※	⑫居所の確認	⑬扶養しなくなった日	⑭減少理由	⑮資格喪失証明書送付可否
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		元号 年 月 日 生		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1.就職 2.所得超過 3.扶養変更 4.失業給付開始 () 5.離婚 6.死亡 7.その他	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ印をしてください。</small>
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		元号 年 月 日 生		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1.就職 2.所得超過 3.扶養変更 4.失業給付開始 () 5.離婚 6.死亡 7.その他	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ印をしてください。</small>
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		元号 年 月 日 生		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1.就職 2.所得超過 3.扶養変更 4.失業給付開始 () 5.離婚 6.死亡 7.その他	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ印をしてください。</small>
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		元号 年 月 日 生		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	1.就職 2.所得超過 3.扶養変更 4.失業給付開始 () 5.離婚 6.死亡 7.その他	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書送付希望 <small>※加入予定の保険者(国民健康保険等)に求められた場合のみ印をしてください。</small>
資格確認書・回収(発行されている方のみご記入ください)			添付 枚	返不能 枚	滅失 枚	マイナ保険証を利用登録したため、自己廃棄 <input type="checkbox"/>		※資格確認書は「マイナ保険証を利用登録した場合」や「有効期限切れの場合」を除き、組合まで返納してください	

この届出については、下記の要件を満たしたものであることを確認しました。

- ・申請書本人(被保険者)が作成したものである。
- ・記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

※ お子様の場合、長男、長女など具体的にご記入ください。

 受付年月日

令和 年 月 日

(注)

1. この届書は、資格取得の際被扶養者を有するとき、又は被扶養者に増減を生じたとき5日以内に事業主を経由して提出してください。
2. 「健康保険事務担当者手続きの手引き」を参照のうえ、被扶養者認定対象者現況届及び添付書類が必要な場合にはあわせて提出してください。