

健康保険 被扶養者(異動減)届

令和 年 月 日提出

氏名の記入は、署名または記名押印によること

被保険者の事柄	保険証の	記号	番号	フリガナ		印	性別	配偶者の有無
				氏名				
	生年月日	年	月	日	事業所名			
				所属箇所				
現住所	〒				連絡先電話番号		()	

- 被扶養者から除く方の保険証(原本カード)を添付してください。
- 就職(社会保険加入)による場合は、就職先の保険証の写しも併せて添付してください。
- 死亡による場合は、死亡診断書の写し又は、埋葬許可書の写しも併せて添付してください。
- 雇用保険受給開始による場合は、雇用保険受給資格者証の写しも併せて添付してください。
- 離婚・別居による場合は、戸籍謄本(原本)または申立書も併せて添付してください。

[子の続柄は(長男、二男・・)(長女、二女・・)と記入してください。]

被扶養者から除く方の事柄	フリガナ		(和暦)	生年月日	性別	続柄				
	氏名			年 月 日						
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)							
	令和	年	月	日	就職(社会保険加入)	130万円以上超過	国保加入	死亡		
					雇用保険受給開始	離婚	扶養異動			
					その他()					
	資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		要	不要	健保記載欄	令和	年	月	日	削除
	フリガナ		(和暦)	生年月日	性別	続柄				
	氏名			年 月 日						
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)							
	令和	年	月	日	就職(社会保険加入)	130万円以上超過	国保加入	死亡		
					雇用保険受給開始	離婚	扶養異動			
その他()										
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		要	不要	健保記載欄	令和	年	月	日	削除	
フリガナ		(和暦)	生年月日	性別	続柄					
氏名			年 月 日							
異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)								
令和	年	月	日	就職(社会保険加入)	130万円以上超過	国保加入	死亡			
				雇用保険受給開始	離婚	扶養異動				
				その他()						
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		要	不要	健保記載欄	令和	年	月	日	削除	

下記事業所記入欄は、各社人事・総務関連箇所で記入します

R05.12改

事業所	所在地
	名称
	氏名

近畿日本ツーリスト健康保険組合				
常務理事	事務長	係	係	受付印