

健康保険 被扶養者(異動減)届 (任継専用)

令和 4 年 10 月 1 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 12	番号 1234	フリガナ 氏名	ケンボ 健保	タロウ 太郎	印	性別 男	配偶者の有無 有
	生年月日	昭和 60 年 1 月 1 日			事業所名	任意継続被保険者			
	現住所	〒 112 - 0003 東京都文京区春日1-1-1 春日マンション101号室			連絡先電話番号		080 (1234) 5678		

- 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。

被扶養者から除く方の事柄	フリガナ	ケンボ	ハナコ	生年月日			性別	続柄
	氏名	健保	花子	昭和 62 年 3 月 1 日			女	妻
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)					
	令和 4 年 10 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 就職(社会保険加入)		<input type="checkbox"/> 130万円以上超過		<input type="checkbox"/> 国保加入		<input type="checkbox"/> 死亡
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始		<input type="checkbox"/> 離婚		<input type="checkbox"/> 扶養異動		
		その他()						
	資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		<input type="checkbox"/> 要	<input checked="" type="checkbox"/> 不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除		
	フリガナ			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	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入)		<input type="checkbox"/> 130万円以上超過		<input type="checkbox"/> 国保加入		<input type="checkbox"/> 死亡
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始		<input type="checkbox"/> 離婚		<input type="checkbox"/> 扶養異動		
その他()								
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除			
フリガナ			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	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入)		<input type="checkbox"/> 130万円以上超過		<input type="checkbox"/> 国保加入		<input type="checkbox"/> 死亡	
	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始		<input type="checkbox"/> 離婚		<input type="checkbox"/> 扶養異動			
	その他()							
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除			

R03.12改

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