

メールやFAXでは申請できません。
必ず手書きで記入してください。(鉛筆不可)

検 認

※ 健保組合	常務理事	事務長	係長	担当者

健康保険 被扶養者異動届 (削除) 及び 資格喪失証明書申請書

◎この届書は被扶養者に異動(減)を生じるときは、その日から5日以内に
事業所の担当部署を經由して健康保険組合へ提出してください。

◎当該家族の「保険証」の添付をお忘れなくお願いします。
※マイナンバーにより届書を提出することの確認が必要になります。

被保険者欄	記号	番号	社員番号	性別	男・女	年齢	才
	氏名	(氏) (名)	印	勤務先 (社内便送付先)	所属名		
	現住所	〒 - TEL - -			(ビル/階)		
	就労先TEL	- -			※携帯可		
備考							

被扶養者欄①	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	続柄	生年月日	昭平令	年 月 日	(才)	
	被保険者との同居区分	・同居 ・別居	<別居先住所> 〒 -	性別	男・女	備考		
	異動の理由	・就職・収入増加・雇用保険受給開始・離婚・死亡 ・75歳到達・国内居住要件非該当・その他()			※ 健保組合記入欄			
	異動年月日	令和 年 月 日	(就職した日・死亡した日 他)	健保組合削除日	令和 年 月 日	添付・減失届		

被扶養者欄②	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	続柄	生年月日	昭平令	年 月 日	(才)	
	被保険者との同居区分	・同居 ・別居	<別居先住所> 〒 -	性別	男・女	備考		
	異動の理由	・就職・収入増加・雇用保険受給開始・離婚・死亡 ・75歳到達・国内居住要件非該当・その他()			※ 健保組合記入欄			
	異動年月日	令和 年 月 日	(就職した日・死亡した日 他)	健保組合削除日	令和 年 月 日	添付・減失届		

被扶養者欄③	氏名	(フリガナ) (氏) (名)	続柄	生年月日	昭平令	年 月 日	(才)	
	被保険者との同居区分	・同居 ・別居	<別居先住所> 〒 -	性別	男・女	備考		
	異動の理由	・就職・収入増加・雇用保険受給開始・離婚・死亡 ・75歳到達・国内居住要件非該当・その他()			※ 健保組合記入欄			
	異動年月日	令和 年 月 日	(就職した日・死亡した日 他)	健保組合削除日	令和 年 月 日	添付・減失届		

◎上記家族の資格喪失証明書の発行を希望する場合は、以下該当に○をつけて下さい

— 受付日付印 —

- ① 証明書申請理由 ア. 国民健康保険加入の為 イ. 他健康保険加入の為 ウ. その他(理由)
- ② 証明書送付先 ア. 自宅(上記 被保険者現住所) イ. 勤務先(上記 社内便送付先)

※ 事業所担当者は、必ず日付記入と捺印をしてください

事業所受付日	令和 年 月 日	担当者印	
--------	----------	------	--