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）

健康保険　被扶養者異動届（削除）

※健保組合	常務理事	事務長	課長	担当者

◎該当家族の「保険証又は資格確認書」の添付をお忘れなくお願いします。
◎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経由して健康保険組合へ提出してください。

被保険者欄							
記号		番号		社員番号		性別	男・女
年齢	才						
氏名			決定通知書送付先該当に○をしてください	1 勤務先（所属名（社内便送付先）　（　ビル/　階））			
現住所	〒　－　TEL　－　－		2 自宅（左記被保険者現住所）				
			就労先TEL	－　－			

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）
		性別	男・女		
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（　）			資格確認書の有無	資格確認書を所持していますか？要返却 有　：　無
異動年月日	令和　年　月　日（就職した日・死亡した日　他）			※ 健保組合記入欄	
備考				保険証	添付・滅失届
				資格確認書	添付・滅失届
				削除日	令和　年　月　日

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）
		性別	男・女		
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（　）			資格確認書の有無	資格確認書を所持していますか？要返却 有　：　無
異動年月日	令和　年　月　日（就職した日・死亡した日　他）			※ 健保組合記入欄	
備考				保険証	添付・滅失届
				資格確認書	添付・滅失届
				削除日	令和　年　月　日

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）
		性別	男・女		
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（　）			資格確認書の有無	資格確認書を所持していますか？要返却 有　：　無
異動年月日	令和　年　月　日（就職した日・死亡した日　他）			※ 健保組合記入欄	
備考				保険証	添付・滅失届
				資格確認書	添付・滅失届
				削除日	令和　年　月　日

◎処理完了後に上記ご家族の「健康保険被扶養者（異動）決定通知書」を送付します。
国民健康保険加入等にお使いください。

― 受付日付印 ―

※ 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	