事業所担当者

被扶養者異動　減少届

在職中の方　⇒　勤務先の健保業務担当部門　⇒
任意継続・特例退職者医療制度に加入の 方 ⇒ ⇒ 健保組合 ⇒ 勤務先の健保業務担当部門 ⇒ 被保険者
⇒ 任継・特退に加入の被保険者

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

被保険者証		提出日	令和　年　月　日	所属		TEL： 内線：
記号	番号					
		被保険者 氏名		被保険者 住所	〒　－	

※住民票記載通りに記入してください フリガナ 姓	名	性別	生年月日	続柄	異動日・異動の理由 ↓ 異動理由番号記入欄		削除年月日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和 年　月　日	【減少 異動理由番号】 1. 就職 2. 結婚 3. 収入増 5. 死亡 6. 離婚 7. 失給受給 8. 後期高齢該当 4. その他（理由記入↓） （　　）	年　月　日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日
		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和　年　月　日		令和 年　月　日		年　月　日

喪失証明の交付	・不　要　　・必　要 → 続柄を指定する場合：＿＿＿＿
添付書類	◆「添付書類一覧表」を確認し、必要とされる書類を添付してください。　※状況により追加で書類の提出をお願いする場合も有ります ◆ 当健保で交付した健康保険証を添付してください。（該当の方は、高齢受給者証・限度額適用認定証・特定疾病受療証等も添付してください）
記入について	1．ペン又は、ボールペンで、太枠の中を記入してください。（鉛筆書きは不可、異動者分だけを記入） 2．性別・元号　等は、該当を〇で囲んでください。 3．氏名・数字は楷書でわかりやすく書いてください。