| 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 | | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | GL | 担当者 |
| | | | |

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

| ※住民票記載通りに記入してください<br>フリガナ<br>姓 | 名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 | 異動日・異動の理由<br>↓ 異動理由番号記入欄 | | 削除年月日 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 男<br>2 女 | 5 昭和<br>7 平成<br>9 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | 【減少 異動理由番号】<br>1. 就職<br>2. 結婚<br>3. 収入増<br>5. 死亡<br>6. 離婚<br>7. 失給受給<br>8. 後期高齢該当<br>4. その他（理由記入↓）<br>（　　） | 年　月　日 |
| | | 1 男<br>2 女 | 5 昭和<br>7 平成<br>9 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | | 年　月　日 |
| | | 1 男<br>2 女 | 5 昭和<br>7 平成<br>9 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | | 年　月　日 |
| | | 1 男<br>2 女 | 5 昭和<br>7 平成<br>9 令和　年　月　日 | | 令和　年　月　日 | | 年　月　日 |
| | | 1 男<br>2 女 | 5 昭和<br>7 平成<br>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<br>◆ 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）<br>２．性別・元号　等は、該当を〇で囲んでください。<br>３．氏名・数字は楷書でわかりやすく書いてください。<br>４．押印は朱肉印でお願いします。（デート印は不可） |