

被扶養者異動 減少届

健康保険組合	
常務理事	勤務先のTEL・内線を記入 * 任継・特退の方は自宅等のTELを記入
	担当者

健康保険被保険者証に記載されている申請の場合の流れ

* 任継・特退の方は記入不要

「記号」と「番号」をご記入ください
 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
 先の方 ⇒ 健保業務担当部門 ⇒ 被保険者
 ⇒ 任継・特退に加入の被保険者

被保険者証 記号 番号		提出日	令和 2 年 6 月 1 日	所属	東京研究開発センター	TEL : 03 -0000 - 0000 内線 : 99 -1234
432	12345	被保険者氏名	健保太郎	被保険者住所	〒250-0193 神奈川県南足柄市狩野12345-67	
※住民票記載通りに記入してください フリガナ		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
ケンボ	ユウキ	1 男	5 昭和 7 平成 9 令和	長男	令和 2 年 5 月 20 日 1	年 月 日
健保	勇氣	2 女	6 年 5 月 4 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
「事由発生日が確認できる書類」等の添付書類が必要です。 添付書類が不足していた場合、申請を受け付けることができません。 必ず「添付書類」が揃っていることを確認してください。		1 男	5 昭和 7 平成 9 令和		令和 年 月 日	年 月 日
		2 女	9 令和 年 月 日		令和 年 月 日	年 月 日
		1 男	5 昭和 7 平成 9 令和		令和 年 月 日	年 月 日
		2 女	9 令和 年 月 日		令和 年 月 日	年 月 日

異動理由が『その他』の場合、理由を()内に記入してください。

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。 ◆ 「資格喪失証明書」が必要な方は『必要』に○を付けてください。 ◆ 同時に複数名を減少し、一部の方のみ証明が必要な場合は、続柄も記入してください。 ◆ 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○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。 4. 押印は朱肉印をお願いします。(デット印は不可)