

# 健康保険被扶養者異動届(除外申請用)

所属部署		

令和 年 月 日 提出

健康保険被保険者等		被保険者の氏名				性別	生年月日			異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額										
記号	番号	カ	ナ	カ	ナ	男・女	昭	和	年	月	日	削	除	・	変	更	昭	和	年	月	日	千	円	
		氏		名			平	成																

被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄	職業	被扶養者の収入	被保険者との世帯別	被扶養者でなくなった日	被扶養者から削除する理由を具体的に記入	除外年月日 (※健康保険組合記入欄)	確認書類 (※健康保険組合記入欄)
氏	名	昭	平	男			千円/年	同所帯	昭		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 情報連携による確認 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(写)
カ	ナ	住民票上の住所 〒 -								個人番号		
氏	名	昭	平	男			千円/年	同所帯	昭		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 情報連携による確認 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(写)
カ	ナ	住民票上の住所 〒 -								個人番号		
氏	名	昭	平	男			千円/年	同所帯	昭		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 情報連携による確認 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ(写)
カ	ナ	住民票上の住所 〒 -								個人番号		

事業主証明欄	事業所所在地 〒
	事業所名称
事業主氏名	
電話番号	( ) 番
事業主が確認した場合に○で囲んでください。	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

健 保 受 付 印

常務理事	事務長	係	係