健康保険被扶養者異動届(除外申請用)

令和　年　月　日　提出

健康保険被保険者等 記号	健康保険被保険者等 番号	被保険者の氏名 カナ	被保険者の氏名 カナ	性別	生年月日	異動の別	資格取得年月日	標準報酬月額
		氏	名	男・女	昭和・平成　年　月　日	削除・変更	昭和・平成・令和　年　月　日	千円

被保険者の住民票上の住所	この届が受理される前の被扶養者数	この届が受理された後の被扶養者数
〒　－ TEL　(　)	名	名

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	昭平令　年　月　日	男・女			千円/年	同所帯・別所帯	昭平令　年　月　日		令和　年　月　日	□情報連携による確認 □資格情報のお知らせ(写)
フリガナ	住民票上の住所　〒　－							個人番号		
氏　名	昭平令　年　月　日	男・女			千円/年	同所帯・別所帯	昭平令　年　月　日		令和　年　月　日	□情報連携による確認 □資格情報のお知らせ(写)
フリガナ	住民票上の住所　〒　－							個人番号		
氏　名	昭平令　年　月　日	男・女			千円/年	同所帯・別所帯	昭平令　年　月　日		令和　年　月　日	□情報連携による確認 □資格情報のお知らせ(写)
フリガナ	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。 確認	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