

令和 年 月 日

健康保険被扶養者異動届(除外申請用)

記号・番号は、
①マイナポータル
②資格情報のお知らせ
③資格確認書(健康保険証)
のいずれかでご確認ください

健康保険被扶養者
記号 番号
11 9999
氏名 昭和 太郎
性別 男・女
生年月日 昭和 〇〇 年 1 月 1 日
異動の別 削除・変更
資格取得年月日 昭和 〇〇 年 4 月 1 日
標準報酬月額 千円

被保険者の住民票上の住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇
千葉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

この届が受理される前の被扶養者数 2 名
この届が受理された後の被扶養者数 1 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 昭和 次郎	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	男・女	長男	会社員	千円/年 1,400	同所帯・別所帯	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日	就職したため	令和 年 月 日	☐ 情報連携による確認 ☐ 資格情報のお知らせ(写)
氏 ショウワ ジロウ	住所 〒 -	男・女			千円/年	同所帯・別所帯			令和 年 月 日	☐ 情報連携による確認 ☐ 資格情報のお知らせ(写)
氏	住所 〒 -	男・女			千円/年	同所帯・別所帯			令和 年 月 日	☐ 情報連携による確認 ☐ 資格情報のお知らせ(写)
氏	住所 〒 -	男・女			千円/年	同所帯・別所帯			令和 年 月 日	☐ 情報連携による確認 ☐ 資格情報のお知らせ(写)
氏	住所 〒 -	男・女			千円/年	同所帯・別所帯			令和 年 月 日	☐ 情報連携による確認 ☐ 資格情報のお知らせ(写)

事業主証明欄

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名 ⑩

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