

健康保険 被扶養者（異動）届

【記入例】扶養の削除

枠内を記入してください（選択個所は○で囲む）。書き損じは訂正印にて訂正ください。

常務理事	事務長	事務次長	担当

保険証 記号 - 番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額
1 - 1230△	(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保	(名) 花子	昭和・平成 63年 5月 10日	男・女 ○女	年 月 日	千円
被保険者住所						携帯 TEL
〒 456-0△□▽ 東京都品川区○▽町 7丁目 8-9 □□マンション 101号室						090-1234-****

区分	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	年齢	性別	収入	扶養開始/削除日	扶養開始/削除の理由	居住
追加・ 削除 ○	(フリガナ) ケンポ タロウ (氏) 健保	(名) 太郎	子・妻(夫)・父・母 その他()	昭和・平成・令和 1年 8月 3日	30	男・女 ○男	あり・なし ○あり	令和 2年 6月 1日	被保険者の取得・出生 婚姻・離婚・就職・退職 収入の減少・その他	同居・別居 ○同居
	(別居の場合) 住所			備考						
〒										
区分	被扶養者の氏名		続柄	生年月日	年齢	性別	収入	扶養開始/削除日	扶養開始/削除の理由	居住
追加・ 削除	(フリガナ)	(名)	子・妻・夫・父・母 その他()	昭和・平成・令和 年 月 日		男・女	あり・なし	令和 年 月 日	被保険者の取得・出生 婚姻・離婚・就職・退職 収入の減少・その他	同居・別居
	(別居の場合) 住所			備考						
〒										

扶養削除日(扶養要件から外れた日)

- 被扶養者の就職により収入が扶養要件を超えた場合は、入社日
- 離婚して扶養家族でなくなった場合は離婚日

※削除日以降に当組合の保険証で医療機関を受診した場合は、医療費を請求いたします。

■上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付印

事業主	上記の通り相違ありません。 提出日： 年 月 日	提出代行者 印
	印	