提出先 ： 各事業所（人事・総務担当）宛

健康保険 被扶養者（異動減）届

令和　　年　　月　　日提出　　氏名の記入は、署名または記名押印によること

被保険者の事柄	保険証等の	記号	番号	フリガナ			印	性別	配偶者の有無
				氏名					
	生年月日	年	月	日	事業所名				
					所属箇所				
	現住所	〒　－			連絡先電話番号	( )			

- 被扶養者から除く方の保険証（原本カード）を添付してください。
- 就職（社会保険加入）による場合は、就職先の資格確認書・資格情報のお知らせの写しも併せて添付してください。
- 死亡による場合は、死亡診断書の写し又は、埋葬許可書の写しも併せて添付してください。
- 雇用保険受給開始による場合は、雇用保険受給資格者証の写しも併せて添付してください。
- 離婚・別居による場合は、戸籍謄本（原本）または申立書も併せて添付してください。

［子の続柄は（長男、二男・・）（長女、二女・・）と記入してください。］

被扶養者から除く方の事柄	フリガナ			（和暦） 生年月日		性別	続柄
	氏名			年 月 日			
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 （□にレ点）				
	令和 年 月 日		就職（社会保険加入）	130万円以上超過	国保加入	死亡	
			雇用保険受給開始	離婚	扶養異動		
			その他（ ）				
	資格喪失証明書の発行希望（□に●印）		要	不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除	
	フリガナ			（和暦） 生年月日		性別	続柄
	氏名			年 月 日			
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 （□にレ点）				
	令和 年 月 日		就職（社会保険加入）	130万円以上超過	国保加入	死亡	
			雇用保険受給開始	離婚	扶養異動		
			その他（ ）				
	資格喪失証明書の発行希望（□に●印）		要	不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除	
	フリガナ			（和暦） 生年月日		性別	続柄
	氏名			年 月 日			
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 （□にレ点）				
	令和 年 月 日		就職（社会保険加入）	130万円以上超過	国保加入	死亡	
			雇用保険受給開始	離婚	扶養異動		
			その他（ ）				
	資格喪失証明書の発行希望（□に●印）		要	不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除	

下記事業所記入欄は、各社人事・総務関連箇所で記入します　　R06.12改

事業所	所在地
	名称
	氏名

近畿日本ツーリスト健康保険組合				
常務理事	事務長	係	係	受付印

提出先 ： 各事業所（人事・総務担当）宛