

健康保険 被扶養者(異動減)届

令和 6 年 12 月 15 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 79	番号 77	フリガナ 氏名	ケンポ 健保	タロウ 太郎	印	性別 男	配偶者の有無 有
	生年月日	昭和 63 年 7 月 10 日			事業所名 近畿日本ツーリスト				
					所属箇所 総務部				
現住所	〒 150 - 0041 東京都渋谷区神南3-3-3				連絡先電話番号 03 (3222)		勤務先 1111		

- 被扶養者から除く方の保険証(原本カード)または資格確認書(交付している場合)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	ケンポ	シホ	(和暦)	生年月日	年齢	性別	続柄	
	氏名	健保	志穂	平成 1 年 10 月 1 日	35 歳	女	妻		
	異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)						
	令和 6 年 12 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> 就職(社会保険加入)	<input type="checkbox"/> 130万円以上超過	<input type="checkbox"/> 国保加入	<input type="checkbox"/> 死亡				
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 扶養異動					
		その他()							
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		要	<input checked="" type="radio"/>	不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除			
フリガナ	ケンポ	シホ	(和暦)	生年月日	年齢	性別	続柄		
氏名				年 月 日	歳				
異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)							
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入)	<input type="checkbox"/> 130万円以上超過	<input type="checkbox"/> 国保加入	<input type="checkbox"/> 死亡					
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 扶養異動					
		その他()							
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		要	<input type="checkbox"/>	不要	健保記載欄	令和 年 月 日削除			
フリガナ	ケンポ	シホ	(和暦)	生年月日	年齢	性別	続柄		
氏名				年 月 日	歳				
異動減の理由 発生日		異動減の理由 (□にレ点)							
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 就職(社会保険加入)	<input type="checkbox"/> 130万円以上超過	<input type="checkbox"/> 国保加入	<input type="checkbox"/> 死亡					
		<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 扶養異動					
		その他()							
資格喪失証明書の発行希望 (□に●印)		要	<input type="checkbox"/>	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