提出先 ： 近畿日本ツーリスト健康保険組合 宛

健康保険 被扶養者（異動減）届（任継専用）

令和 7 年 1 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	番号	フリガナ	ケンポ	ジロウ	㊞	性別	配偶者の有無
	850	1234	氏名	健保	次郎		男	有
生年月日	平成 4 年 4 月 1 日		事業所名	任意継続被保険者				
現住所	〒 101 － 0033				連絡先電話番号	携帯電話		
	東京都千代田区神田岩本町4－5－6				080 （ 1234 ）	5678		

- 被扶養者から除く方の保険証/資格確認書（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。

被扶養者から除く方の事柄							
フリガナ	ケンポ	ハナコ	（和暦）生年月日		年齢	性別	続柄
氏名	健保	花子	平成 6 年 10 月 15 日		30 歳	女	妻
異動減の理由 発生日		異動減の理由 （□にレ点）					
令和 7 年 1 月 1 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	

被扶養者から除く方の事柄							
フリガナ			（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		□ 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	

被扶養者から除く方の事柄							
フリガナ			（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		□ 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	

R06.12改

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