

決 裁	常務理事	事務長			担当	担当	資格取得年月日/標準報酬			
							平・令	年	月	日
							月額	千円		

健康保険 被扶養者異動届 (減少)

オオゼキ健康保険組合理事長 殿

A. 被 保 険 者 欄	②	記号	③	フリガナ	①	提出日	令和	年	月	日
	被保険者証の	番号	氏名	氏 名	④	所属部署				
	生	年	月	日	⑤	生 年 月 日	5. 昭和	年	月	日
	〒					7. 平成				
※<任意>被保険者の個人番号(マイナンバー)記載欄 (被保険者証の記号番号が不明の場合は記入してください。)					⑥	個人番号				
※マイナンバーをご記入いただいた場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。 (①個人番号記載の住民票の写しと運転免許証(写)またはパスポート(写) ②個人番号カード(両面)の写し) ①②のいずれか1点添付。										
〒										

被保険者確認欄	<input type="checkbox"/>	資格喪失証明書の発行を希望します。	<input type="checkbox"/>	希望しません。
喪失証明書の送付先 (被保険者と同じなら不要)	〒			

添 付 書 類	① 削除する被扶養者の保険証を添付してください。
	② 保険証を滅失した時は、「健康保険 滅失(き損)再交付申請書」を添付してください。
	③ <雇用保険失業給付を受給開始のため、削除する場合> 受給開始日が印字された雇用保険受給資格者証の写しを添付してください。

B 被 扶 養 者 欄	フリガナ				生 年 月 日			性 別	続 柄
	氏名	氏 名	5. 昭和	年	月	日	1.男 2.女		
	被扶養者でなくなった日	理 由			備 考 欄				
令和	年	月	日						

B 被 扶 養 者 欄	フリガナ				生 年 月 日			性 別	続 柄
	氏名	氏 名	5. 昭和	年	月	日	1.男 2.女		
	被扶養者でなくなった日	理 由			備 考 欄				
令和	年	月	日						

B 被 扶 養 者 欄	フリガナ				生 年 月 日			性 別	続 柄
	氏名	氏 名	5. 昭和	年	月	日	1.男 2.女		
	被扶養者でなくなった日	理 由			備 考 欄				
令和	年	月	日						

事 業 主 記 載 欄	確認欄	【必須】以下の内容を確認して <input checked="" type="checkbox"/> してください。		事業主受付日	令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	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。		提出部数	原本1通、写1通			
		① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。		担当者名				
		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。		〒				
	事業所所在地							
	事業主氏名							
	電話番号							

受 付 印
オオゼキ健康保険組合 2021.4.1改版