

記入例

| | | | | |
|----|------|-----|---|--------------|
| 決裁 | 常務理事 | 事務長 | 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 被保険者証の記号 | ×× | ③ フリガナ | ケンボ | タロウ | ④ 所属部署 | × × 店 | |
| | 被保険者証の番号 | ×××× | 氏名 | 健保 | 太郎 | ⑤ 生年月日 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 | |
| | ※＜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。 | | | | | |
| 〒 111-1111 東京都世田谷区××町 ×-×-× ××マンション ×× | | | | | | | | |

| | | |
|----------------------------|--|---|
| 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 checked="" 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。 | 必ず、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 | ケンボ | ケンタ | 生年月日 | | | 性別 | 続柄 |
| | 氏名 | 健保 | 健太 | 5. 昭和 7. 平成 9. 令和 | 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 | 就職 | |

| | | | | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|----------------------------------|--|----|----|
| B 被 扶 養 者 欄 | フリガナ | 生年月日 | | | 性別 | 続柄 |
| | 氏名 | 「被扶養者でなくなった日」の日付（一例です。） | | | | |
| B 被 扶 養 者 欄 | 令和 | ① 就職した。 : 就職先の保険証に印字された資格取得日 | | | | |
| | 収入が超過した。 | | : 被扶養者の収入が認定基準額を超える事がわかった日（超えた日） | | | |
| | 収入基準額 | | (60歳未満) 年額130万円未満 月額108,334円未満 | | | |
| | | | (60歳以上) 年額180万円未満 月額150,000円未満 | | | |
| | ③ 失業保険の受給を開始した。 : 受給開始日 | | | | | |
| | ④ 離婚した。 : 離婚した日 | | | | | |
| | ⑤ 仕送りをしなくなった。または少なくなった。 : 仕送りをしなくなった日、または少額になった日 (別居家族の収入より少なくなった。) | | | | | |
| | ⑥ 75歳になった。 : 75歳の誕生日 | | | | | |
| | ⑦ 死亡した。 : 死亡した日の翌日 | | | | | |

| | | | |
|--------|--------|--------------------------|---|
| 事業主記載欄 | 確認欄 | <input type="checkbox"/> | 印 |
| | 事業所所在地 | 〒 | |
| | 事業主氏名 | 事業主記入欄 | |
| | 電話番号 | | |