

健康保険被扶養者異動届（減）

|      |   |   |
|------|---|---|
| 常務理事 | 係 | 係 |
|      |   |   |

|             |  |        |  |      |       |        |   |                                |    |     |
|-------------|--|--------|--|------|-------|--------|---|--------------------------------|----|-----|
| 被保険者等の記号・番号 |  | 1000 - |  | フリガナ |       | 被保険者氏名 |   | 住民票住所<br>〒 -                   |    |     |
| 社員番号        |  | 所属コード  |  |      |       |        |   | 住所（上記住民票住所と異なる場合は記入下さい）<br>〒 - |    |     |
| 所 属         |  |        |  | 生年月日 | 昭和・平成 | 年      | 月 | 日                              | 性別 | 男・女 |

|                                  |                                                                                           |   |   |    |     |       |                                                |          |           |       |       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|----|-----|-------|------------------------------------------------|----------|-----------|-------|-------|
| フリガナ<br>被扶養者氏名                   | 生 年 月 日                                                                                   |   |   | 性別 | 続 柄 | 職 業 等 | 収入月額                                           | 扶養から外れた日 | 扶養から外れた事由 | 健保削除日 |       |
|                                  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日  | 男・女 |       |                                                | 年 月 日    |           | 削除    | 年 月 日 |
| 後期高齢者制度への加入による削除の方は、住民票の住所を記入下さい |                                                                                           |   |   |    |     |       | 資格喪失証明書の発行 <input type="checkbox"/> 希望する       |          | 備考        |       |       |
| 〒                                |                                                                                           |   |   |    |     |       | *発行希望のときのみ、 <input type="checkbox"/> に✓を入れて下さい |          |           |       |       |

|                                  |                                                                                           |   |   |   |     |  |                                                |       |    |    |       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----|--|------------------------------------------------|-------|----|----|-------|
|                                  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |  |                                                | 年 月 日 |    | 削除 | 年 月 日 |
| 後期高齢者制度への加入による削除の方は、住民票の住所を記入下さい |                                                                                           |   |   |   |     |  | 資格喪失証明書の発行 <input type="checkbox"/> 希望する       |       | 備考 |    |       |
| 〒                                |                                                                                           |   |   |   |     |  | *発行希望のときのみ、 <input type="checkbox"/> に✓を入れて下さい |       |    |    |       |

|                                  |                                                                                           |   |   |   |     |  |                                                |       |    |    |       |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|-----|--|------------------------------------------------|-------|----|----|-------|
|                                  | <input type="checkbox"/> 昭和<br><input type="checkbox"/> 平成<br><input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |  |                                                | 年 月 日 |    | 削除 | 年 月 日 |
| 後期高齢者制度への加入による削除の方は、住民票の住所を記入下さい |                                                                                           |   |   |   |     |  | 資格喪失証明書の発行 <input type="checkbox"/> 希望する       |       | 備考 |    |       |
| 〒                                |                                                                                           |   |   |   |     |  | *発行希望のときのみ、 <input type="checkbox"/> に✓を入れて下さい |       |    |    |       |

＜ 健 保 組 合 受 付 印 ＞

年 月 日 提出

岩谷産業健康保険組合 殿

被扶養者削除手続には、扶養から外れる方の健康保険証、資格確認書を添えて提出して下さい。  
（記入等）

- ☐ 続柄は、妻、長男、二女、実母など、具体的に記入して下さい。
- ☐ 職業は、会社員、パート、アルバイト等具体的に記入して下さい。
- ☐ 年収超過により扶養から外れる方のみ、ご記入下さい。
- ☐ 扶養から外れた日を記入して下さい。  
就職等で勤務先から健康保険証の交付を受けている方は、「資格取得年月日」を記入して下さい。  
死亡、離婚、結婚の場合は、当日の年月日を、後期高齢者へ移行の方は75才の誕生日を記入して下さい。
- ☐ 就職、収入超過、死亡、離婚、結婚、雇用保険受給、後期高齢者への移行など、具体的に記入して下さい。

☐ 届の内容および添付書類について間違いがないことを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業所主氏名

電話番号