

健康保険 被扶養者(異動)届【減】

【注意事項】

この届出をする時は、健康保険証を併せて返却してください。※2025.12.1以降は返却不要

有効期間内の資格確認書をお持ちの方は、健康保険組合に返却してください。

「健康保険証」や「有効期間内の資格確認書」の紛失等により添付できない場合は「減失届」を作成のうえ、あわせて提出してください。

下記の理由により扶養削除申請する場合には、添付書類が必要になります。

- 就職等で他健保に加入した場合 または 収入増加により勤務先で被保険者となった場合：加入先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し
- 失業給付の受給開始の場合：雇用保険受給資格者証（両面）の写し

被保険者欄	提出日	2022 年 12 月 10 日	会社名	〇〇〇〇	所属	△△部□□課
	従業員番号	12345678	メールアドレス	kenpo.xg@kyowakirin.com		
	被保険者等 記号・番号	301 - 99999	取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 10 4 1 <input type="checkbox"/> 令和	収入 (年収)	650 万円
	氏名 (自署)	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 50 1 1
	住民票 住所	(〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 東京都〇〇区△△△△1-1-1			連絡先(TEL)	9-10-9999

被扶養者欄	氏名	フリガナ ケンポ キョウタ 健保 協太	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	長男	職業	会社員
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 7 5 1 <input type="checkbox"/> 令和	住民票 住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 別居の場合は記入 <input type="checkbox"/> 別居				
	扶養 削除日	令和 4 12 1	削除 理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他 ()			備考	

被扶養者欄	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		職業	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	住民票 住所	<input type="checkbox"/> 同居 別居の場合は記入 <input type="checkbox"/> 別居				
	扶養 削除日	令和	削除 理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他 ()			備考	

被扶養者欄	氏名	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄		職業	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	住民票 住所	<input type="checkbox"/> 同居 別居の場合は記入 <input type="checkbox"/> 別居				
	扶養 削除日	令和	削除 理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> その他 ()			備考	

事業主証明欄	【提出日】	年 月 日	社会保険労務士の提出代行者		
	事業主所在地				
	事業主名称				
	事業主氏名				

《健保受付日付印》

健保記入欄	決裁年月日	常務理事	事務長	担当