

記入例

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、被保険者証を併せて返却してください。
被保険者証を紛失等により添付できない場合は「健康保険被保険者証滅失届」を作成のうえ、併せて提出してください。

被保険者欄	提出日	令和 1 年 9 月 15 日	連絡先	9-10-99999	メールアドレス	kenpo.xg@kyowakirin.com	
	従業員番号	12345678	会社名	〇〇〇〇	所属	△△部 □□課	
	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 年 4 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和	年収	650 万円	
	氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 50 年 1 月 1 日	
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区△△△△1-1-1					

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 年 5 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和	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	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 9 月 1 日	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 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> その他 ()				* 健保記入欄 証回収日

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	住所	<input type="checkbox"/> 同居 別居の場合は記入 <input type="checkbox"/> 別居				
	扶養削除日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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"/> その他 ()				* 健保記入欄 証回収日

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	住所	<input type="checkbox"/> 同居 別居の場合は記入 <input type="checkbox"/> 別居				
	扶養削除日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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"/> その他 ()				* 健保記入欄 証回収日

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	住所	<input type="checkbox"/> 同居 別居の場合は記入 <input type="checkbox"/> 別居				
	扶養削除日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 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"/> その他 ()				* 健保記入欄 証回収日

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

【事業主記載欄】 事業主の確認により添付書類または本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に提出意思を確認しました。

《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