

記入例 健康保険 被扶養者異動届 (減)

健保組合		
常務理事	事務長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者証									
記号					番号 (右づめで記入)				
1	0	0	9	9	9	9	9	9	9

令和 5 年 10 月 3 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)
健保	太郎 (健保印)

氏名を本人自ら署名した場合の押印は不要

事業所名	名古屋製造所		電話	自宅	052-653-****
所 属 (または出向先)	鑄造課		番号	職場(内線)	7-65-21**
被保険者住所	〒 455-****		名古屋市○○区 **-* **-* **		
自宅住所	〒		(上記住所と同じ場合は不要)		

該当する箇所を○で記入して下さい。

対象者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	同居	別居 単身施設 赴任入居 その他	学生	申請理由	事由発生 年月日	税扶養	扶養取消年月日
(フリガナ) ケンボ ハナコ 健保 花子	昭平 5 5 0 6 0 7	男 女	妻	○			1.就職 2.収入増 3.死亡 4.離婚 5.養子縁組 6.雇用保険受給開始 7.広域加入 8.短時間社保加入 9.その他()	令和 5 年 10 月 1 日	有 無	* 年 月 日
(フリガナ) ケンボ ジュンコ 健保 淳子	昭平 1 6 1 0 1 8	男 女	長女	○			1.就職 2.収入増 3.死亡 4.離婚 5.養子縁組 6.雇用保険受給開始 7.広域加入 8.短時間社保加入 9.その他()	令和 5 年 10 月 1 日	有 無	* 年 月 日
(フリガナ)	昭平	男 女					1.就職 2.収入増 3.死亡 4.離婚 5.養子縁組 6.雇用保険受給開始 7.広域加入 8.短時間社保加入 9.その他()	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日
(フリガナ)	昭平	男 女					1.就職 2.収入増 3.死亡 4.離婚 5.養子縁組 6.雇用保険受給開始 7.広域加入 8.短時間社保加入 9.その他()	令和 年 月 日	有 無	* 年 月 日

*欄は健保記入欄です。
必ず保険証と一緒に提出して下さい。

受付日付印