

被扶養者(異動)届 喪失

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	印

(5)被扶養者の氏名

(6)被扶養者の氏名カナ

(7)被扶養者の生年月日

	5:昭和		7:平成		9:令和
--	------	--	------	--	------

年 月 日

(8)性別

	0:男
	1:女

(9)続柄

(10)職業

(11)1年間の収入見込額  円

(12)世帯状況

	0:同居
	1:別居

(13)異動事由  就職・収入超など簡潔に記入してください。

※妻、長男、母など(漢字)

(14)事実発生日

	7:平成		9:令和						
--	------	--	------	--	--	--	--	--	--

年 月 日

事業主 特記事項欄	
--------------	--

事業主 記入 欄	添付されている被保険者証の写しが不明瞭の場合は、ご記入願います。	回収した保険証添付の有無
	資格取得年月日	年 月 日
	保 険 者 名 称	<input style="width: 80%; border: none;" type="text"/> 支部(全国健康保険協会) <input style="width: 80%; border: none;" type="text"/> 健康保険組合 <input style="width: 80%; border: none;" type="text"/> 共済組合

有 ・ 無

※無の場合は、減失届も提出してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日		簡 所 長	電 話	健保担当課
所在地 〒 _____	_____	(印)	_____	_____	(印)
事業主名 _____	(印)	事業主整理番号 _____			