

## 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。

(1)被保険者等記号	(2)被保険者等番号	(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(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	(8)性別
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 5:昭和 7:平成 9:令和	<input type="text"/> 0:男 1:女
		年 月 日	

(9)続柄	(10)職業	(11)1年間の収入見込額	(12)世帯状況	(13)異動事由
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 0:同居 1:別居	<input type="text"/>
				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
<input type="text"/> 7:平成 9:令和
年 月 日

事業主 特記事項欄	<input type="text"/>
--------------	----------------------

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・資格確認書添付の有無
	資格取得年月日	年 月 日	有・無 ※無の場合は、減失届も提出してください。
	保 険 者 名 称	_____ 支部(全国健康保険協会)	
_____ 健康保険組合			
	_____ 共済組合		

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	事業所 使用欄	箇 所 長	電 話	健保担当課
所在地 〒 _____				—	
名 称 _____					
事業主名 _____		事業主整理番号 _____			