1002

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	

(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

5:昭和
7:平成
9:令和

年　月　日

0:男
1:女

(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

円

0:同居
1:別居

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	有 ・ 無
	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	※無の場合は、滅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

所在地　〒　ー

名称

事業主名

事業所使用欄	箇所長	電話	健保担当課
		ー	
事業主整理番号			