

申請順序 被保険者→勤務先総務人事担当部門→健康保険組合
(任意継続被保険者→健康保険組合)

被扶養者『減』届

該当の被扶養者の保険証を必ず添付して提出してください

提出年月日 令和 年 月 日

<<事由発生から1ヶ月以上経過した場合は別途その理由書を添付してください>>

下記、記入上の注意に沿って太枠内に記入及び該当箇所を○で囲んでください。

保険証 記号					番号					フリガナ				常務理事		事務長		担当者	
所属 (出向先)					TEL					被保険者氏名									
										生年月日		昭和・平成 年 月 日							
被 扶 養 者	フリガナ		性別	生 年 月 日		続柄	税法上	家族手当	提出事由				事由発生年月日		認定年月日				
	氏 名																		
			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			有・無	有・無	1.結婚 2.離婚 3.死亡 4.就職 5.その他 (具体的に) ()										
			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			有・無	有・無	1.結婚 2.離婚 3.死亡 4.就職 5.その他 (具体的に) ()										
			男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			有・無	有・無	1.結婚 2.離婚 3.死亡 4.就職 5.その他 (具体的に) ()										
		男・女	昭和 平成 年 月 日 令和			有・無	有・無	1.結婚 2.離婚 3.死亡 4.就職 5.その他 (具体的に) ()											
事業主の証明 この届出書の記載は事実と相違ありません				事業所所在地 事業所名称 事業主氏名												事業所 担当者			

- (記入上の注意)
- 1.本届は、減の該当者のみ記入して下さい。
 - 2.続柄欄は長男、長女、義父、義母等と記入して下さい。
 - 3.事由発生年月日は被扶養者の異動があった日を記載して下さい。(例：誕生日、結婚→結婚日、離職→離職日) 等

受付日付印