

健康保険被扶養者異動 [減] 申請書

年 月 日

被 保 険 者	事業所名											所属部署										
	記号	番号					氏 名										印					

申 請 す る 被 扶 養 者	続柄	子の場合、 長男・二男等記入	氏 名										
	異動が生じた日(除外日)			平・令 年 月 日									
	今回、扶養から外れる こととなった理由			異動が生じた事由					必要添付書類・注意事項				
				<input type="checkbox"/> 就職			就職先の保険証(写) <small>保険証(写)の“資格取得日”を「異動が生じた日(除外日)」欄へご記入下さい。</small>						
				<input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始			雇用保険受給資格者証の1面(写)とその裏面(写) <small>雇用保険の“受給開始日”を「異動が生じた日(除外日)」欄へご記入下さい。</small>						
				<input type="checkbox"/> 収入限度額超過			就業時間や時給の増加による超過の場合		超過し始めた月とその前の月の給与明細(写)				
							就業開始時から超過の場合		雇用契約書(写)				
							給与収入者でない場合		健康保険組合にお問合せ下さい。				
				<input type="checkbox"/> 結婚			婚姻及び離婚の日を公的に証明する書類 (写)						
				<input type="checkbox"/> 離婚			例：婚姻受理証明書 (写)、離婚受理証明書 (写)						
<input type="checkbox"/> 扶養者の交代 (理由:)				離婚に伴う扶養交代で 被扶養者が 20 歳未満		子の親権者、親権異動日を公的に証明する書類 (写) 例：離婚受理証明 (写) または 戸籍抄本 (写)							
				離婚に伴う扶養交代で 被扶養者が 20 歳以上		健康保険組合にお問合せ下さい。							
			その他		健康保険組合にお問合せ下さい。								
<input type="checkbox"/> その他(理由:)			健康保険組合にお問合せ下さい。										
被保険者証の添付			<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 添付していない (理由:) →紛失等の場合は必ず被保険者証再交付申請書(滅失届)を添付のこと										
上記の「異動が生じた日」 以降の保険証使用			<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した (受診日:)										
資格喪失証明書の要否			<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要										

事業所 確認欄	証回収	係	長	備考その他					
	/								

健保受付印

健保 使用欄	認定日 年 月 日	I/P	係	事務長	常務理事					