

健康保険 被扶養者異動届 (減)

健康組合		
常務理事	事務長	担当者

健康保険組合 の受付印
日付印

令和 年 月 日提出

健康保険被保険者証									
記号 番号 (左づめで記入)									

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電話番号	自宅	
所属 (または出向先)	部	店・グループ 課・室	職場	
被保険者住所	〒			
			携帯	

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	事由発生年月日	健康保険 資格喪失 証明書	健保記入欄	
							認定解除年月日	健保記入欄
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平令 年 月 日	男 女		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)

【添付書類】

- ※1 「1.就職」の場合… 就職先の健康保険被保険者証のコピー
- ※2 「3.失業給付受給」の場合… 雇用保険受給資格者証(表裏)のコピー
 <留意事項>雇用保険日額が3,612円(60才以上は5,000円)を超える場合
- ※3 「4.死亡」の場合… 「死亡診断書」の写し、または「埋葬許可書」のコピー

事業所所在地		印
事業所名称		
事業主氏名		
電話	(局) 番	

令和 年 月 日

健康保険 被扶養者異動届 (減)

健康保険組合
の 受付 印

日付印

令和 年 月 日 提出

健康保険被保険者証	
記号	番号 (左づめで記入)

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

事業所名		電話番号	自宅	
所属 (または出向先)	部	店・グループ 課・室	職場	
被保険者住所	〒			

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	申請理由	事由発生年月日	健康保険資格喪失証明書	健保記入欄	
							認定解除年月日	健保記入欄
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)
(フリガナ)	昭平 年 月 日	男		1.就職(就職先での保険証:有・無)※1 2.収入増 3.失業給付受給のため ※2 4.死亡 ※3 5.結婚 6.離婚 7.その他()	令和 年 月 日	要 否	平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 回収 (R . .) <input type="checkbox"/> 減失 (R . .)

【添付書類】

- ※1 「1.就職」の場合… 就職先の健康保険被保険者証のコピー
- ※2 「3.失業給付受給」の場合… 雇用保険受給資格者証(表裏)のコピー
＜留意事項＞雇用保険日額が3,612円(60才以上は5,000円)を超える場合
- ※3 「4.死亡」の場合… 「死亡診断書」の写し、または「埋葬許可書」のコピー

事業所所在地		印 番
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号	() 局 番	

令和 年 月 日

OTG 健康保険組合理事長

適用-1

上記のとおり認定しましたので通知します。