

# 健康保険被扶養者異動届(減)

健保組合		
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)							
1	2	3	4	5	6	7	8	

被保険者の氏名	
(氏) ケンポ 健保	(名) タロウ 太郎

事業所名	大阪○×△(株)			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	〒123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×				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) ケンポ 健保   イチロ 一郎	昭 平 令 ○ × × △ ○ ×	男 女	長男	1.就職(就職先での保険証:有 <sup>○</sup> 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 <sup>○</sup>	平成・令和 年 月 日	□回収 (R . . . ) □減失 (R . . . )
(フリガナ)	昭 平 令	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	□回収 (R . . . ) □減失 (R . . . )
(フリガナ)	昭 平 令	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	□回収 (R . . . ) □減失 (R . . . )
(フリガナ)	昭 平 令	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	□回収 (R . . . ) □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	<h1>2ページ目もご記入下さ</h1>
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	
( 局 ) 番 印	

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

健康保険被保険者証								
記号 番号 (左づめで記入)								
1	2	3	4	5	6	7	8	

令和 ○ 年 △ 月 ◇ 日提出

事業所名	大阪○×△(株)		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	〒123-4567 ◇◇府○△市◇町×-×-×			携帯	×××-××××-××××

被保険者の氏名	
(氏) ケンポ 健保	(名) タロウ 太郎

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) ケンポ イチロウ 健保 一郎	昭 年 月 日 平 ○ × × △ ○ × 令	男 女	長男	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	□回収 (R . . ) □減失 (R . . )
(フリガナ)	昭 年 月 日 平 令	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	□回収 (R . . ) □減失 (R . . )
(フリガナ)	昭 年 月 日 平 令	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	□回収 (R . . ) □減失 (R . . )
(フリガナ)	昭 年 月 日 平 令	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	□回収 (R . . ) □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	( 局 ) 番
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

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。