

# 健康保険被扶養者届（増員・減員）

※申請する項目（増員・減員）に○をして下さい。

記入日 令和 年 月 日							
被保険者証 記号・番号	フリガナ						
	被保険者氏名		昭・平 年 月 日生				
被保険者 住所	〒		電話 ( )				
フリガナ 被扶養者の氏名	性別	被扶養者の 生年月日と年齢	被保険者との 続柄	被保険者との 世帯別	増員又は減員日 (事由を記入)	減員の場合	
	男 女	昭 平 令 年 月 日生( 歳)		同・別	年 月 日 ( )	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: )	
	男 女	昭 平 令 年 月 日生( 歳)		同・別	年 月 日 ( )	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: )	
	男 女	昭 平 令 年 月 日生( 歳)		同・別	年 月 日 ( )	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: )	
	男 女	昭 平 令 年 月 日生( 歳)		同・別	年 月 日 ( )	資格削除証明書（要・不要） 被保険者証（添付・返却不能: )	
<b>※増員の場合はこちらの□に✓を入れてください。</b> <input type="checkbox"/> この届出は申請者本人（被保険者）が作成しました。 <input type="checkbox"/> 被扶養者認定基準を超えた場合、すみやかに減員します。 <input type="checkbox"/> 被扶養者の住所変更があった場合は住所変更届を提出します。				<b>※減員の場合はこちらの□に✓を入れてください。</b> <input type="checkbox"/> この届出は申請者本人（被保険者）が作成しました。 <b>※保険証が返却不能の場合は下記の□に✓を入れてください。</b> <input type="checkbox"/> 後日発見次第直ちに返却します。 返却できないことで悪用されても健保組合には迷惑をかけません。			

事業所確認	

以下は健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当者

認定印

受付印