

健康保険被扶養者（異動）届 （減）

（様式 扶-1）
日本無線健康保険組合 常務理事 殿

		雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
同 令 和 年 月 日						
		常務理事	事務長	係		
令和 X年 X月 X日 提出						

記号	1010	被保険者 氏名・性別 生年月日		健 保 太 郎				印			
番号	99999			昭	平 XX年	X月	X日	男	・女		
異動の別	フリガナ	性別	生	年	月	日	続柄	世帯別	異動年月日	異動理由	
	被扶養者氏名										
減	ケンポ ハナコ 健保 花子	男・ 女	昭	平 XX年	X月	X日	長女	同	別	平 XX年 X月 X日	就職をしたため
減	続柄は「子」ではなく、「長男・長女・次男・次女」と記入										
減		男・女	昭	平	年	月	日				
減		男・女	昭	平	年	月	日				
減		男・女	昭	平	年	月	日				
事業所所在地	<未記入のまま各会社の健康保険担当窓口へご提出ください> 事業主の証明										
事業所名称											
事業主氏名											

異動年月日について

- 異動の別（減）
- 事実日**
（事実日から5日以上経過して届出した場合も事実日に遡り喪失となります）
- 例）
- 就職をした・・・新しく取得した保険証の資格取得日
- 収入が扶養の範囲を超える・・・収入が超えると見込まれる時点の日
- 他の家族に扶養される・・・配偶者の収入見込額が多くなり被扶養者を異動する場合は見込額の変動日、結婚の場合は婚姻日
- 離婚した・・・離婚日、別居日
- 死亡した・・・死亡日の翌日
- 雇用保険を受給した・・・受給開始日

※本届けは、被扶養者に異動（減）の事実があった日から5日以内に、それを証明する書類、異動対象者の被保険者証（原本）を必ず添付して届出ください。
 ※証明書類はマイナンバーの記載されていないものをご提出ください。