

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

						伺 平成 年 月 日			
記号	1010	被保険者 氏名・性別 生年月日	健 保 勝 則			(印)	常務理事	事務長	係
番号	30200		(昭)平 XX 年 10 月 21 日			(男)・女	平成 XX 年 1 月 21 日 提出		
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 トモミ 健保 智美	男・(女)	S (H) XX 年 1 月 23 日	長女	(同)・別	XX 年 4 月 1 日	就職をした為		
減	続柄は「子」ではなく、「長男・長女・次男・次女」と記入		日						
減		男・女	S H 年 月 日						
減		男・女	S H 年 月 日						
減		男・女	S H 年 月 日						
事業所所在地	<各会社の健康保険担当部門(人事部・総務部など)へご提出ください> 事業主の証明								
事業所名称									
事業主氏名									
						印			

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・・・新しく取得した保険証の資格取得日、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してください。
 ※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。