

健康保険 被扶養者異動届 (減員)

提出者記入欄	事業所番号	提出日	令和 ○年 11月 2日	常務理事	事務長	統括	担当
	事業所所在地	健保への提出日を明記してください。		健保受付印			
	事業所名称						
	事業主氏名						
電話番号	事業所検印						
社会保険労務士記載欄				被保険者の居住地(居住住所)を記入ください。			
氏名等							

被保険者申請日(記入必須): 令和 ○年 11月 1日

減員する被扶養者毎に1枚/人申請ください。	被保険者氏名(自署の場合は押印省略可)は事実と相違ありません。	居住住所
	健保 太郎 (印)	〒 123-4567 愛知県名古屋市中区神宮二丁目○○○
海外勤務等やむを得ない事情のため被扶養者以外が記載した場合	代理記載者名:	被保険者との関係:

被扶養者	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
ふりがな	けんぼ じろう 健保 次郎	子	1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 ○年 ○月 ○日	令和 ○年 11月 1日 健保記入: /
保険証	減員後の保険証保有確認 ※該当する□に✓下さい。資格取得日は記載下さい。				減員による削除証明書の発行
	<input type="checkbox"/> 「資格情報のお知らせ」等資格情報のわかる書類を受理して●要コピー添付				1 要 2 不要 健保記入欄
	<input checked="" type="checkbox"/> 手続き中等で「資格情報のわかる書類」未受理※交付日ではありません 「新保険証の資格取得日(社会保険加入日)」令和 ○年 11月 1日				健康保険証の返納
<input type="checkbox"/> 減員後に新たな保険証の手続きをする <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の健保				<input checked="" type="checkbox"/> 本届出と同時に返納 <input type="checkbox"/> 後日返納	
※該当する番号を○で囲んで 必要事項を記載ください					
申請理由	1 就職	就職した日: 令和 ○年 11月 1日			
	2 収入増加	●要添付 雇用契約書等減員日を確定できるもの ※但し「新保険証の資格取得日」を記載した場合は添付不要			
	3 離婚	●要添付 離婚日が確認できる「受理証明証」「戸籍謄本」原本等			
	4 扶養異動	事由発生日から「5日以内」に新保険証が確認できるもの(配偶者の「収入証明」「住民票」等)			
	5 雇用保険受給	手続き中等で未受理の場合でも、 「□手続き中等で保険証未受理」に <input checked="" type="checkbox"/> 頂き、 被扶養者異動届(減員)の届出を優先ください。			
	6 後期高齢者該当	開始日がわかるもの			
	7 死亡				
	8 その他	●減員日を確定できるものを添付			

注) 減員する被扶養者毎に申請願います。

注) 現在お持ちの大同健保「健康保険被保険者証」「資格確認書」について

・大同健保の「健康保険被保険者証」「資格確認書」は必ず返納ください。(届出と同時に返納できない場合は大同健保まで送付ください)

・減員日以降に「大同健保の資格情報」での受診はできません。(「健康保険被保険者証」「資格確認書」裏面をご参照ください)

・減員日以降に「大同健保の資格情報」で診察等を受けた場合は、後日特別事情がない限り健保負担分を請求させていただきます。

注) 事由発生日から「5日以内」に「資格情報のわかる書類」を未受理の場合でも、被扶養者異動届(減員)の届出を優先ください。