

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	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 健保への提出日を明記してください。 </div>							<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 被保険者の居住地(居住住所)を記入ください。 </div>
	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									
氏名等									
被保険者申請日 (記入必須): 令和 ○年 11月 1日									
<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 減員する被扶養者毎に1枚/人申請ください。 </div>			者氏名(自署の場合は押印省略可) 居住住所 <small>※は事実と相違ありません。</small> 〒 123-4567		健保 太郎 (印) 愛知県名古屋市中区神宮二丁目○○○				
海外駐在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"/> 新保険証を受理している ●要添付 新たな保険証コピー					1 要 ② 不要			
	<input checked="" type="checkbox"/> 手続き中で保険証未受理 ※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 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	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 事由発生日から「5日以内」に新保険証が手続き中で未受理の場合でも、 「<input type="checkbox"/>手続き中で保険証未受理」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。 </div>							
	5 雇用保険受給	確認できるもの(配偶者の「収入証明」「住民票」等) 開始日がわかるもの							
	6 後期高齢者該当								
	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「大同健保保険証」について

・大同健保の保険証は、原則届出と同時に返納ください。(遠方等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「大同健保の保険証」は使用できません。(保険証裏面をご参照ください)

・減員日以降に「大同健保の保険証」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」に新保険証が手続き中で未受理の場合でも、「手続き中で保険証未受理」に頂き、被扶養者異動届(減員)の届出を優先ください。