

一般被保険者(被保険者の記号が101～779の者)が申請する場合(記入例)

健康保険 被扶養者異動(減)届

令和 7年 12月 1日 提出

被保険者欄	被保険者等 記号	602	被保険者等 番号	1098	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	1	0	1	0	1	備考	
	(フリガナ) (氏)	ケンポ	(名)	タロウ	取 得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	7	1	2	0	1	収入 (年収)	129万円
	氏名	健 保	(名)	太 郎	居 住 所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3								

被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	ケンポ	(名)	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	2	0	5	0	1	性別	1.男 2.女
	氏名	健 保	(名)	花 子	個人番号	記入しないこと								
	続柄	妻	職業	社会人	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	記入しないこと					
被扶養者 から除か れた日	9.令和	0	7	1	2	0	1	異動 理由	就職	資格確認書回収	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 減失			

被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	ケンポ	(名)	ヨシオ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	2	3	0	6	0	1	性別	1.男 2.女
	氏名	健 保	(名)		個人番号	記入しないこと								
	続柄	父	職業	無職	収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	記入しないこと					
被扶養者 から除か れた日	9.令和	0	7	1	2	2	1	異動 理由	死亡(令和7年12月20日)	資格確認書回収	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input checked="" type="checkbox"/> 減失			

被扶養者欄	(フリガナ) (氏)		(名)		生 年 月 日	5.昭和								男 2.女
	氏名		(名)		個人番号	資格確認書について、 該当する区分に✓(チェック)を入れること								
	続柄		職業		収入 (年収)	円	住所	1.同居 2.別居	記入しないこと					
被扶養者 から除か れた日										資格確認書回収	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 減失			

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	-------------------------------------	---

※ 当組合発行の資格確認書をお持ちの方は、資格確認書の返却をお願いいたします。

事業所 所在地	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3
事業所 名 称	〇〇労災病院
事業主 氏 名	院長 〇〇 〇〇
電話番 号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇

事業所所在地等の
事業所情報を記入

※受付日付印	※確認印

特例退職・任意継続被保険者(被保険者の記号が88・99の者)が申請する場合(記入例)

健康保険 被扶養者異動(減)届

令和 7年 12月 1日 提出

被保険者欄	被保険者等 記号	99	被保険者等 番号	1098	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	1	0	1	0	1	備考	
	(フリガナ) (氏)	ケンポ	タロウ	取 得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	7	1	2	0	1	収入 (年収)	129万 円	
	氏名	健 保	太 郎	住 居 所	〒 000-0000 〇〇県〇〇市〇〇1-2-3									

被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	ケンポ	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	2	0	5	0	1	性別	1.男 2.女
	氏名	健 保	花 子	個 人 番 号	記入しないこと								
	続柄	妻	職業	社会人	収入 (年収)		円	住 居 所	1.同居 2.別居	記入しないこと			
被扶養者 から除か れた日	9.令和	0	7	1	2	0	1	異動 理由	就職	資格確認書回収	<input checked="" type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 減失		

被扶養者欄	(フリガナ) (氏)	ケンポ	ヨシオ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	2	3	0	6	0	1	性別	1.男 2.女
	氏名	健 保	花 子	個 人 番 号	記入しないこと								
	続柄	父	職業	無職	収入 (年収)		円	住 居 所	1.同居 2.別居	記入しないこと			
被扶養者 から除か れた日	9.令和	0	7	1	2	2	1	異動 理由	死亡(令和7年12月20日)	資格確認書回収	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input checked="" type="checkbox"/> 減失		

被扶養者欄	(フリガナ) (氏)			生 年 月 日	5.昭和								男 2.女
	氏 名			個 人 番 号	資格確認書について、 該当する区分に✓(チェック)を入れること								
	続 柄		職 業		収 入 (年 収)		円	住 居 所	1.同居 2.別居	記入しないこと			
被扶養者 から除か れた日								異動 理由		資格確認書回収	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 減失		

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
<input checked="" type="checkbox"/>	

※ 当組合発行の資格確認書をお持ちの方は、資格確認書の返却をお願いいたします。

事業所 所在地	記入しないこと
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話 番 号	

※受付日付印	※確認印