

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	年	1	月	1	日	備考	
	氏名	(フリガナ) (氏) 健保	ケンポ	(名) 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	年	7	月	1	日	収入 (年収)	129万円
					居住所	^{〒 000-0000} ○○県○○市○○1-2-3								

被扶養者欄	(フリガナ) (氏) 健保	ケンポ	(名) 花子	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	年	2	月	5	日	性別	1.男 2.女	
	続柄	妻	職業 社会人	収入 (年収)	円	居住所	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	月	2 0	日	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"/> 滅失		

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	年	3	月	0	日	性別	1.男 2.女		
	続柄	父	職業 無職	収入 (年収)	円	居住所	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	月	2 2	日	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"/> 滅失		

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	年	3	月	0	日	性別	1.男 2.女		
	続柄	父	職業 無職	収入 (年収)	円	居住所	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	月	2 2	日	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"/> 滅失		

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	^{〒 000-0000} ○○県○○市○○1-2-3										
事業所名称	○○労災病院										
事業主氏名	院長 ○○ ○○										
電話番号	○○○(○○○)○○○○○										

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	年	1	月	0	日	備考
	氏名	(フリガナ) (氏) 健保	ケンポ	(名) 太郎	取得 年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	年	7	月	1	日	収入 (年収)
					居住所	^{〒 000-0000} ○○県○○市○○1-2-3							

被 扶 養 者 欄	被扶養者等 記号	(フリガナ) (氏) 健保	ハナコ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	5	年	2	月	0	日	性別		
	氏名	ケンポ	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	居住所	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	年 月 日	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"/> 滅失						

被 扶 養 者 欄	被扶養者等 記号	(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	年	3	月	0	日	性別		
	氏名	ケンポ	ヨシオ	個人番号	記入しないこと									
	続柄	父	職業 無職	収入 (年収)	円	居住所	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	年 月 日	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"/> 滅失						

被 扶 養 者 欄	被扶養者等 記号	(フリガナ) (氏)	「異動理由」欄は具体的に必ず記入	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	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	居住所	1.同居 2.別居	記入しないこと						
被扶 養者 から除 かれた 日	確認欄	確認欄にチェック(✓)をされること	異動 理由	理由	資格確認書回収	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 滅失								

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。									
-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※ 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
--------	------