常務理事		係	係

健康保険 被扶養者異動届【減少】

■提出先：勤務先の健保業務担当者

標準報酬月額　　千円

保険証 記号－番号	被保険者の氏名	生年月日	性別
―	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	昭和・平成 年　月　日	男　・　女

被保険者住所	記号・番号が分からない時は、【マイナンバー】をご記入ください
(　　-　　)	

	扶養から外れる家族の氏名	続柄	性別	生年月日	扶養から外れた日（就職日など）	扶養から外れる理由（該当に☑してください）	※健保組合記入欄
被扶養者覧①	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	□就　職　□雇用保険受給 □収入の超過　□生計維持者変更 □その他具体的に記入 【　　】	【削除日】 令和　年　月　日
被扶養者覧②	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	□就　職　□雇用保険受給 □収入の超過　□生計維持者変更 □その他具体的に記入 【　　】	【削除日】 令和　年　月　日
被扶養者覧③	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		男・女	昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	□就　職　□雇用保険受給 □収入の超過　□生計維持者変更 □その他具体的に記入 【　　】	【削除日】 令和　年　月　日

添付書類

注1）扶養から外れる家族の「保険証」または「資格確認書」（交付されていない方は提出不要）　⇒　□（確認用チェック）

注2）新加入先の資格取得日が分かる書類の写し（資格情報のお知らせ・マイナポータル画面の「私の情報」画像など）⇒　□（確認用チェック）

※国保へ加入される前の方につきましては提出不要

令和　　年　　月　　日提出

日本国土開発健康保険組合理事長殿

上記のとおり被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

住所

事業主　名称

氏名

扶養削除する方の記号・番号が分からない時は、【マイナンバー】をご記入ください	
被扶養者①	
被扶養者②	
被扶養者③	