

の欄にもれなく記入し、印刷後に性別「男・女」と元号「昭和・平成・令和」を正副とも○で囲んでください。
の欄は(正)の用紙に記入すると、(副)の用紙にも同時に記入されるようになっています。
正(異動届)と副(認定通知書)の2枚を印刷し、事業主を経由して健康保険組合へ提出してください。

正

川崎汽船健康保険組合 御中

令和〇〇年〇〇月〇〇日提出

健康保険被扶養者(異動)届

削除

庶務理事	事務長			係

被保険者の記号と番号	(記号) 123 (番号) 4567	性別	フリガナ ケンポ タロウ 被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 太郎	印	被保険者の生年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和				
取得年月日	昭和 平成 〇年 〇月 〇日 令和	現在の標準報酬月額	470 千円	現在の被保険者の年間収入	7500 千円	配偶者を扶養せずに子供を扶養しているとき、配偶者の年収				
被保険者の住民票住所	(〒 123 - 4567) 〇〇県〇〇市△△1-1					この届が受理される前の被扶養者数	2 名			
削除	フリガナ	性別	生年月日	年齢	続柄	職業	月平均の収入額	同居	扶養されなくなった日	被扶養者から削除する事由
	被扶養者の氏名								※ 削除年月日	
減	氏 ケンポ 名 アイコ	男・女 昭 平 令 〇 〇 〇	年 月 日 〇 〇 〇	〇〇	妻	パート	15万	同居	令和 年 月 日 〇〇 〇〇 〇〇	給与増のため勤務先社保加入
	健保 愛子	住民票住所 (同居は記載不要) ※ 令和 年 月 日 ※ 証回収日 令和 年 月 日								
減	氏 名	男・女 昭 平 令	年 月 日						令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要) ※ 令和 年 月 日								※ 証回収日 令和 年 月 日	
減	氏 名	男・女 昭 平 令	年 月 日						令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要) ※ 令和 年 月 日								※ 証回収日 令和 年 月 日	
減	氏 名	男・女 昭 平 令	年 月 日						令和 年 月 日	※ 証回収日 令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要) ※ 令和 年 月 日								※ 証回収日 令和 年 月 日	

上記のとおり被保険者から届出がありましたので提出します。

事業所所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇-〇
事業所名称 ケイライン〇〇〇株式会社
事業主氏名 事業主代理人 〇〇〇〇

〇 ケイライン
〇 株式会社
〇 印

被保険者記入時の注意事項 (※印は健保組合記入欄)

- ◎ この届書は被扶養者に異動(減)が生じたときに、異動のある方のみを記入し、5日以内に提出してください。
- ◎ 職業欄には「主婦」「パート」「自営業」「農業」「高校2年生」など、その実態がわかるように記入してください。
- ◎ 被扶養者から削除される事由は具体的に記入し、その事実や削除当日がわかる書類の写しを添付してください。(75歳到達時は除く)
- ◎ 削除される方の「被保険者証」を添付してください。紛失されたときは被保険者証「滅失届」を添付してください。
- ◎ 削除される方が「限度額証」や「高齢受給者証」の交付をうけているときは、返却を忘れないようご注意ください。

受付印