

正

川崎汽船健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

# 健康保険被扶養者(異動)届

# 削除

常務理事	事務長			係

被保険者の 記号と番号	(記号) (番号)	性別 男・女	フリガナ 被保険者の氏名		(氏)	(名)	印	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	現在の標準報酬月額	千円	現在の被保険者の 年間収入	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		千円			
被保険者の住民票住所		(〒 - )						この届が受理される 前の被扶養者数		名				
削除	フリガナ 被扶養者の氏名		性別	生年月日	年齢	続柄	職業	月平均 の 収入額	同居 別居	扶養されなくなった日 ※ 削除年月日		被扶養者から削除する事由		
	減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		年	月
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※										※ 証回収日 令和 年 月 日	
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日	※ 証回収日 令和 年 月 日
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※										※ 証回収日 令和 年 月 日	
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和	年	月	日	※ 証回収日 令和 年 月 日
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※										※ 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

事業所名称

事業主氏名



## 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、その事実や削除該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

副

## 健康保険被扶養者(異動)届

## 削除通知書

令和 年 月 日 提出

被保険者の 記号と番号	(記号)		性別 男・女	フリガナ		印	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
	(番号)			被保険者の氏名								(氏)	(名)	
取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	現在の標準報酬月額	千円	現在の被保険者の 年間収入	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		千円			
被保険者の住民票住所		(〒 - )						この届が受理される 前の被扶養者数		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 別居	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	名	男・女	昭和 平成 令和	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)		※											
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	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)		※											
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	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)		※											
減	氏	名	男・女	昭和 平成 令和	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)		※											

上記のとおり削除しましたので通知します。

令和 年 月 日

川崎汽船健康保険組合 理事長