

正

T01

健康保険被扶養者

減異動届

常務理事	事務局長	課長		担当者

被 保 險 者 記 入 欄 (但し※欄は健保記入)	① 被保険者の 記号 番号		② 被保険者氏名		③ 住民票 住 所	〒 105 - 0001										④ 被保険者の 月平均収入額			
	123456789		健保 太郎			東京都港区虎ノ門 ●-●-●										千円			
	⑤ フリガナ 被扶養者の氏名				⑥ 性別	⑦ 生 年 月 日			⑧ 続柄	認定・削除 年月日	⑨ 職業/学年	⑩ 世帯別	⑪国内 居住例外	⑫月平均 収入額	⑬扶養(増・減) の理由 及び発生年月日	⑭ 別居の場合の送金額	⑮ 備 考 欄		
	(氏) ケンポ		(名) ハナコ		女	昭和 ●●●●●●			妻	※				第		就職		千円	
	健保		花子			⑯住民票住所			被保険者 と同じ (✓入れる) <input type="checkbox"/> 異なる場合 住所記入⇒ 〒 -										⑰資格 確認書 要否
	(氏)		(名)						※					第				千円	
									※					号該当	千円	和		※⑰欄は使用しませんので✓のままで差し支えありません。	
					⑯住民票住所			被保険者 と同じ (✓入れる) <input type="checkbox"/> 異なる場合 住所記入⇒ 〒 -										⑰資格 確認書 要否	✓
	(氏)		(名)						※					第				千円	
					⑯住民票住所			被保険者 と同じ (✓入れる) <input type="checkbox"/> 異なる場合 住所記入⇒ 〒 -										⑰資格 確認書 要否	✓

事業主証明欄

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。
なお、本申請は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りが
ないことを確認したものです。
また、次の✓事項については事実と相違ないことを証明します。
☐ ⑪欄の2号該当者については外国に赴任する被保険者の同行者である。

事業所 所在地	〒 ●●●●-●●●●
事業所名称	東京都品川区 ●●●●-●●●● ●●●●●●●●機構
事業主氏名	理事長 ●●●●●●●●

令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日

※ 受付日印

社会保険労務士記載欄