

健康保険被扶養者（異動）届 <減>

令和 年 月 日 提出

決 済 日				入 力
-------------	--	--	--	--------

提出者情報

事業所所在地名称	
事業主氏名	
電話番号	()

事業所担当印

- (注) ① 続柄は「長男」「二女」等と正しく記入して下さい。
 ② 健康保険から外す理由が「その他」の場合、余白にその内容を記入して下さい。
 ③ * 印のところは記入しないで下さい。

私（申請者）は、業務に必要な個人情報をオカモト健康保険組合が使用する事について承諾致します。

事業所コード		属性コード	
--------	--	-------	--

被 保 険 者 欄	被保険者等の記号		被保険者等の番号		生年月日	5.昭和		年		月		日	提出期限
						7.平成							事実のあった日から5日以内
						9.令和							都道府県コード
													*
氏名		(フリガナ)	(氏)	(名)	取得年月日	5.昭和		年		月		日	
					住所								

被 扶 養 者 欄 1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和		年		月		日	性別	1.男	2.女
						7.平成									
						9.令和									
続柄	*	職業	収入(年収)	万円	住所	1.同居	別居の場合 〒 -								
扶養からはずれた日	9.令和		年	月	日	理由	就職	結婚	離婚	被保険者証回収区分と回収日	添付遅延減失	年	月	日	
							75歳到達	障害認定	死亡	その他					

被 扶 養 者 欄 2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和		年		月		日	性別	1.男	2.女
						7.平成									
						9.令和									
続柄	*	職業	収入(年収)	万円	住所	1.同居	別居の場合 〒 -								
扶養からはずれた日	9.令和		年	月	日	理由	就職	結婚	離婚	被保険者証回収区分と回収日	添付遅延減失	年	月	日	
							75歳到達	障害認定	死亡	その他					

被 扶 養 者 欄 3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和		年		月		日	性別	1.男	2.女
						7.平成									
						9.令和									
続柄	*	職業	収入(年収)	万円	住所	1.同居	別居の場合 〒 -								
扶養からはずれた日	9.令和		年	月	日	理由	就職	結婚	離婚	被保険者証回収区分と回収日	添付遅延減失	年	月	日	
							75歳到達	障害認定	死亡	その他					

うえの通り、被保険者から被扶養者削除の届出がありましたので提出致します。