

健康保険 被扶養者異動届 (減員)

提出者記入欄	事業所番号	提出日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	統括	担当
	事業所所在地						
	事業所名称 事業主氏名 電話番号			健保受付印			
社会保険労務士記載欄				事業所検印			
氏名等							

被保険者申請日 (記入必須): 令和 年 月 日

被保険者記号・番号	被保険者氏名 (自署の場合は押印省略可)	居住住所
—	申請内容は事実と相違ありません。 印	〒
海外駐在などやむを得ない事情のため被保険者以外が記載した場合		代理記載者名: 印 被保険者との関係:

被扶養者	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養異動の事実発生日
	ふりがな		1 男 2 女	5 昭和 7 平成 9 令和 年 月 日	令和 年 月 日 健保記入: /
新たな資格情報	減員後の資格情報確認 ※該当する□に✓下さい。資格取得日を記載下さい。				減員による削除証明書の発行
	<input type="checkbox"/> 「資格情報のお知らせ」等資格情報のわかる書類を受理して●要コピー添付				1 要 2 不要 健保記入欄
	<input type="checkbox"/> 手続き中等で「資格情報のわかる書類」未受理 ※交付日ではありません 「新保険証の資格取得日(社会保険加入日)」 令和 年 月 日				「健康保険被保険者証」または「資格確認書」の返納
<input type="checkbox"/> 減員後に新たな健康保険の手続きをする <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他の健保				<input type="checkbox"/> 本届出と同時に返納 <input type="checkbox"/> 後日返納	

申請理由	※該当する番号を○で囲んで 必要事項を記載ください	
	1 就職	就職した日: 令和 年 月 日
	2 収入増加	●要添付 雇用契約書等減員日を確定できるもの ※但し 資格取得日を記載してある場合は添付不要
	3 離婚	●要添付 離婚日が確認できる「受理証明証」「戸籍謄本」原本等
	4 扶養異動	●要添付 被保険者が主たる生計維持者でなくなったことが確認できるもの(配偶者の「収入証明」「住民票」等)
	5 雇用保険受給	●要添付 雇用保険受給資格者証全項(コピー) * 受給開始日がわかるもの
	6 後期高齢者該当	●要添付 証のコピー
	7 死亡	●要添付 死亡日が確認できる「死亡届」「戸籍謄本」等
	8 その他	理由: ●減員日を確定できるものを添付

注) 減員する被扶養者毎に申請願います。

注) 現在お持ちの大同健保「健康保険被保険者証」「資格確認書」について

・大同健保の「健康保険被保険者証」「資格確認書」は必ず返納ください。(届出と同時に返納できない場合は大同健保まで送付ください)

・減員日以降に「大同健保の資格情報」での受診はできません。(「健康保険被保険者証」「資格確認書」裏面をご参照ください)

・減員日以降に「大同健保の資格情報」で診察等を受けた場合は、後日特別事情がない限り健保負担分を請求させていただきます。

注) 事由発生日から「5日以内」に「資格情報のわかる書類を未受理の場合でも、被扶養者異動届(減員)の届出を優先ください。