

**【家族を扶養から外したいとき】**

・家族を扶養から外したいときは2週間以内に届け出て下さい。

**健康保険被扶養者異動届 (減)**

被扶養者異動欄	1.氏名No.		分室	所属	2.被保険者証		
	×××××		××	×××	記号	×	番号 ×××××
	3.カナ	ケンボ タロウ	続柄	性別	生年月日		
	家族氏名	健保 太郎	長男	男	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 55年8月26日(34歳)	
	4.異動年月日			5.住 所 (都道府県から記入)			
	平成 15年4月1日			(〒×××-×××)		<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居
			大阪府大阪市中央区道修町 4-7-6				
被保険者記入欄	6.異動理由						
	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 就職 <input type="checkbox"/> 2. 失業給付金受給開始 <input type="checkbox"/> 3. 死亡 <input type="checkbox"/> 4. 収入基準超過 <input type="checkbox"/> 5. その他(        ) <input type="checkbox"/> 6. 75歳到達 <input type="checkbox"/> 7. 老人保健法障害認定者該当						
	<p>上記のとおり被扶養者の異動を申請いたします。</p> <p>7.平成 15年4月5日            被保険者 住 所 (〒×××-×××)  <b>大阪府大阪市中央区道修町 4-7-6</b>    <b>印</b></p> <p>氏 名 <b>健保 一郎</b></p> <p>(注意) 1.必ず健康保険被保険者証を添付してください。            2.異動年月日は 就職した日・失業給付金受給を開始した日など            実際に異動が発生した日を記入してください。なお死亡した            場合は 死亡日の翌日を記入してください。</p>						

以下の番号に従い該当箇所を記入して下さい。

- 被保険者 (あなた) の「氏名 No」・「分室」・「所属」を記入。
- 保険証の「記号」・「番号」を記入。
- 扶養から外す家族の「氏名」・「続柄」・「性別」・「生年月日」を記入。
- 異動年月日については (注意) 2 を参照のうえ記入。
- 「扶養から外す家族の住所」を記入。あなたが扶養から外す家族と同居している場合は「同居」に、別居している場合は「別居」にチェック。
- 「1～7で該当する項目」にチェック。
- 異動届 (減) を記入した「年月日」とあなたの「住所」・「氏名」を記入・捺印。

8. 9. 記入不要。

※ 被保険者記入欄のみご記入ください。

8. 事業主の証明	上記記載事項に相違ないことを証明します	所在地 事業所 事業主氏名	事業主受付   印

9. 健康保険組合処理欄	健康保険被扶養者異動届受理欄				備考 健康保険組合 受付	被保険者証 抹 消	
	上記健康保険被扶養者異動届 (減) を受理します。					健保MC 登 録	
	理事長	常務理事	主 任	係	登録リスト 照 合		
					所 得 税 確 認		