

被扶養者異動届（減）

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合 御中

受 付 日 付 印		雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC
同 令 和 年 月 日						
常務理事		事 務 長		係		

令和 X年 X月 X日提出						
記 号	1010					
番 号	99999					
被 保 険 者 氏 名	健 保 太 郎					
続 柄	昭・平 XX年 X月 X日					
異 動 の 別	フリガナ 被 扶 養 者 氏 名	性 別	続 柄	世 帯 別	異 動 年 月 日 <small>(被扶養者から除く日)</small>	異 動 理 由
減	ケンボ ハナコ 健 保 花 子	男・女 昭 平 令	XX年 X月 X日	長女 同	令和 X年 X月 X日	就 職 を し た た め
減	<p>異動年月日（被扶養者から除く日）について 事実日が異動年月日となります。 (事実日から5日以上経過して提出した場合も事実日に遡り喪失となります) 例)</p> <p>就職をした・・・新しく取得した保険証の資格取得日 勤労収入が扶養の範囲を超える・・・収入を超えると見込まれる時点の日 雇用契約開始（変更）日、実労働開始日（給与支給日ではありません）</p> <p>他の家族に扶養される・・・配偶者の収入見込額が多くなり被扶養者を異動する場合は見込額の変動日、結婚の場合は婚姻日 離婚した・・・離婚日、別居日 死亡した・・・死亡日の翌日 雇用保険など給付金を受給した・・・給付金の受給開始日 年金を受給した・・・振込月の初日（1日）</p>					
減						
事 業 所 所 在 地	<p>（事業主の証明）未記入のまま提出してください。 提出先：SATO 社会保険労務士法人 もしくは 各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者） *健康保険組合へ提出ではありません。提出先については各会社の健康保険担当部門（人事・総務／担当者）へお問い合わせください。</p>					
事 業 所 名 称						
事 業 主 氏 名						

続柄は「子」ではなく、「長男・長女・次男・次女」と記入

異動年月日（被扶養者から除く日）について
事実日が異動年月日となります。
(事実日から5日以上経過して提出した場合も事実日に遡り喪失となります)
例)
就職をした・・・新しく取得した保険証の資格取得日
勤労収入が扶養の範囲を超える・・・収入を超えると見込まれる時点の日
雇用契約開始（変更）日、実労働開始日（給与支給日ではありません）
他の家族に扶養される・・・配偶者の収入見込額が多くなり被扶養者を異動する場合は見込額の変動日、結婚の場合は婚姻日
離婚した・・・離婚日、別居日
死亡した・・・死亡日の翌日
雇用保険など給付金を受給した・・・給付金の受給開始日
年金を受給した・・・振込月の初日（1日）

※本届けは、被扶養者に異動（減）の事実があった日から5日以内に、それを証明する書類（申請書式 NO.1「被扶養者を減らす申請をするときの添付書類」参照）、異動対象者の被保険者証（原本）を必ず添付して提出してください。