

川崎汽船健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

健康保険被扶養者(異動)届

削除

常務理事	事務長			係

被保険者の 記号と番号	(記号) (番号)	性 別 男・女	フリガナ 被保険者の氏名		(氏)	(名)	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日	現在の標準報酬月額	千円	現在の被保険者の 年間収入	千円	配偶者を扶養せずに子供を 扶養しているとき、配偶者の年 収	千円		
被保険者の住民票住所		(〒 -)					この届が受理される 前の被扶養者数		名			
削除	フリガナ 被扶養者の氏名		性別	生年月日	年齢	続柄	職業	月平均 の 収入額	同 別 居 居	扶養されなくなった日 (届出者が記入) ※削除年月日(健保記入)		被扶養者から削除する事由 / 備考
	減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和 年 月 日	
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※									
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 回収日 令和 年 月 日
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※									
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 回収日 令和 年 月 日
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※									
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日					令和 年 月 日	※ 回収日 令和 年 月 日
減	住民票住所 (同居は記載不要)		※									

上記届出の記載内容に誤りがないことを確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

被保険者(届出者)記入時の注意事項

- ◎ この届書は被扶養者に異動(減)が生じたときに、異動のある方のみを記入し、5日以内に提出してください。
- ◎ 職業欄には「主婦」「パート」「自営業」「農業」「高校2年生」など、その実態がわかるように記入してください。
- ◎ 被扶養者から削除される事由は具体的に記入し、「その事実や削除該当日がわかる書類の写し」を添付してください。(75歳到達時は除く)
- ◎ 削除される方に「被保険者証または資格確認書」が発行されているときは、この届出に添付してください。また「限度額証」や「高齢受給者証」の交付があれば、返却を忘れないようご注意ください。

受付印