

川崎汽船健康保険組合 御中

健康保険被扶養者(異動)届

削除

常務理事	事務長			係

令和 年 月 日 提出

* 欄は記入必須項目です

被保険者の 記号と番号	(記号)	性 別 男・女	フリガナ		被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	(番号)		被保険者の氏名							(氏)
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	
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				
削除	フリガナ		性別	生 年 月 日	年齢	続柄	職業	同 居 居 別	扶養削除日	被扶養者から削除する理由
	被扶養者の氏名									
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※ 回収日 令和 年 月 日							
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※ 回収日 令和 年 月 日							
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※ 回収日 令和 年 月 日							
減	氏 名	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和 年 月 日
	住民票住所 (同居は記載不要)		※ 回収日 令和 年 月 日							

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

- ◎ 被扶養者に異動(減)が生じた場合、速やかにこの届出書を提出してください。
- ◎ 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。(就職のため削除の場合は添付不要)
- ◎ 削除する方に「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」の交付がある場合は、返却を忘れないようご注意ください。

受付印