

(後期高齢者用)

健康保険被扶養者（異動）届（減）

令和 年 月 日提出

常務理事	事務局長	部 長	課 長	係 長	扱 者

提出者記載欄	被保険者の 記号					受付印
	事業所 所在地	〒				
	事業所 名 称					
	事業主 氏 名					
	電話番号					

社会保険労務士記載欄

被保険者	被保険者の 番号	氏名	(フリガナ)	(名)	生年 月 日	☐ 昭和	年	月	日	標準報酬 月額		千円
			(氏)	(名)		☐ 平成						

被扶養者1	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月 日	昭和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	続柄	☐ 配偶者 ☐ 両親 ☐ 兄・姉 ☐ その他 ()
	削除年月日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です。)	備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()					
	被扶養者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県											

被扶養者2	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月 日	昭和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	続柄	☐ 配偶者 ☐ 両親 ☐ 兄・姉 ☐ その他 ()
	削除年月日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です。)	備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()					
	被扶養者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県											

被扶養者3	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月 日	昭和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	続柄	☐ 配偶者 ☐ 両親 ☐ 兄・姉 ☐ その他 ()
	削除年月日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です。)	備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()					
	被扶養者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県											

被扶養者4	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年 月 日	昭和	年	月	日	性別	☐ 男 ☐ 女	続柄	☐ 配偶者 ☐ 両親 ☐ 兄・姉 ☐ その他 ()
	削除年月日 ①75歳の誕生日 ②65歳～74歳で障害認定を受けた日	年	月	日	高齢受給 者証回収 区分	☐ 添 付 ☐ 返不能 ☐ 減 失 (高齢受給者証 減失届の添付が必要です。)	備考	☐ 喪失証明書 交付希望 ☐ その他 ()					
	被扶養者の住所 必ず記入してください	〒 (フリガナ) 都 道 府 県											