

「健康保険被扶養者異動(減)届」の記入上の注意

㊦被保険者欄

- (1) 被保険者の情報を全て記入してください。
- (2) 確認欄 : チェックを入れることにより、押印を省略することが出来ます。
チェック漏れの場合は受理できません。
- (3) 提出日 : 事業所に提出する日付を記入してください。
- (4) 記入内容を訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印してください。

㊧被扶養者欄

- (1) 届出の理由 : ①から⑨の該当する理由にチェック☑をいれてください。
⑦の場合、住民票がある都道府県名を記入してください。
- (2) 被扶養者氏名 : 該当する者についてのみ、楷書で正確に記入し、かなをふってください。
- (3) 続柄 : 被保険者を中心とした続柄を記入して下さい。例:妻、長男、二女等。
- (4) 被保険者と住民票上の関係 : 被保険者と被扶養者の住民票上の関係についてチェックを入れて下さい。
単身赴任とは、事業主の認める規定・規則による単身赴任のことです。
- (5) 削除日 : ㉠の理由別添付書類と削除日を確認の上、記入してください。

㉠届出理由別の添付書類と削除日欄

- (1) 添付書類 : 理由別の裏付け書類を添付下さい。
該当者の被保険者証を返却ください。(全員必須)
交付されている場合のみ、高齢受給者証と限度額適用認定証を添付下さい。

参考 ③年金受給開始、年金額の改定があり180万(月額15万円)以上になったとき
④失業給付の受給を開始したとき……日額が3,612円以上(60歳以上または
障害年金受給要件該当者は5,000円以上)

㉡確認事項欄

- (1) 確認事項 : 喪失日以降の保険証の使用状況を記入してください。
使用ありの場合、使用日と使用先の病院名を記載ください。

㉢事業所欄

事業所所在地・事業所名称・事業主役職・氏名(公印は省略することができます)