適用様式-3

＊被扶養者に該当しなくなった場合は、すみやかに健康保険証をご返却ください。
＊資格喪失日以降に当健保の保険証を使用し医療機関で受診した場合は、被保険者ご本人へ医療費の返還請求をさせていただきますので、十分お気をつけ下さい。
＊届出が1ヶ月以上（健保到着日）遅れた場合は、二重加入を防ぐため『新保険証㊟』または「資格取得証明書」等、新しい健保の取得日がわかる書類を添付してください。

健康保険被扶養者異動届 減

この届書は、被扶養者が収入超過や就職などで被扶養者に該当事業主を経由して、5日以内に組合に提出するものです。
※「記入上の注意」をお読みになって記入してください。
※ 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。

事業主にこの届出を提出する日付を記入してください

確認欄にチェックを入れることにより押印を省略できます
チェック漏れは受理出来ません

Ⓐ被保険者欄

健康保険被保険者証			提出日	確認欄	左記載欄に☑して下さい ①申請者本人が作成したものである ②記載内容について申請者本人が確認している
記号 記号	番号		令〇〇年▲ 月△ 日	☑	

ふりがな	ぜんのう　たろう	性別	男・女	生年月日	昭・平	年	月	日	資格取得年月日	元号	年	月	日
氏名	全農　太郎					〇	△	×		昭	〇	△	×
住所	〒 000-0000　〇〇県　〇〇市〇〇××-××												

Ⓑ被扶養者欄（該当者のみ）

届出理由 ☑を入れて下さい

☑①就職（勤務先の社保加入等）　☐②年収超過　☐③年金受給開始・改定による超過
☐④失業給付受給（日額超過）　☐⑤離婚　☐⑥死亡（死亡日：　年　月　日）
☐⑦75歳到達(後期高齢者医療制度)【住民票がある都道府県名を記入：　】
☐⑧同居条件に不該当　☐⑨その他（　）

ふりがな / 氏名	性別	生年月日				年齢	続柄（妻、長男、二女等）	被保険者と住民票上の関係	資格喪失日 削除日			
ぜんのう　けんいち	男・女	元号	年	月	日	22	長男	☑同居	令	年	月	日
全農　健一		平	〇	△	×			☐別居 ☐単身赴任		〇	△	×
	男・女	元号	年	月	日							

《資格喪失日》
◆Ⓒの削除日を確認の上、記入ください

必須	☑被保険者証	返却保険証の枚数	1 枚	※70歳以上場合 ☐高齢受給者証	※滅失の場合、滅失届を添付下さい。

Ⓒ届出理由別の添付書類と削除日

理由	添付書類	削除日
①	届出が1ヶ月以上（健保到着日）遅れた場合は、二重加入を防ぐため「新保険者証」（写）または「資格取得証明書」等の資格取得日がわかる書類	・新しい健康保険証の資格取得日（交付日、発行日ではありません）
②	超過日までの収入が確認できる書類。（給与明細や通帳の写し等）	・超過日（給与振込日）
③	年金振込（改定）通知書（写）	・年金受給開始（改定）の該当月の1日
④	雇用保険受給資格者証（写：両面）	・受給開始日（給付制限期間終了日の翌日）
⑤	受理証明書（写）または戸籍謄本。離婚日を確認できる書類	・離婚した日
⑥	死亡診断書（写）または戸籍謄本。死亡日が確認できる書類	・死亡の翌日
⑦	高齢受給者証	・誕生日
⑧	同居条件の被扶養者が別居した場合：住民票（原本）	・別居した日
	送金をやめた場合：最終振込日がわかる書類	・最終送金月の翌月1日
⑨	非扶養の事実発生の日がわかる裏付け書類	・非扶養の事実発生日

③④ 裏面記入上の注意を確認

理由別の添付書類を付けて提出ください

Ⓓ確認事項

◆資格喪失日以降の保険証の使用状況について✔チェックを入れてください。
※ 資格喪失後に健康保険証を使って医療を受けるなど健康保険の給付を受けていた場合には、受けた給付や検診費用を返還していただくことになります。
◆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。

☐使用なし	☑ 使用あり	〇月〇日　△△歯科医院

Ⓔ事業所欄

所在地
名　称
役　職
氏　名

事業所記入欄

健保組合受付印

全農健康保険組合(令和6年2月改訂)