

対象者の被保険者証を添付してください

被扶養者減届

常務理事	事務長	係

令和 年 月 日

京阪グループ健康保険組合 御中

		課		係		係	
		長		長			

被保険者証 記号 _____ 番号 _____

被保険者 住所 _____

事業所名 _____ 所属 _____

氏名 _____

被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	同居・別居の別	被扶養者でなくなった理由 (就職して保険証を取得、収入が基準を超過、他の医療保険に加入、主たる生計維持者の変更、結婚で他者の被扶養者になった等)	被扶養者でなくなった日 (左記理由の発生日、保険証を取得した場合は保険証に記載の資格取得日)
	男・女	昭平令 年 月 日		同居・別居		令和 年 月 日
	男・女	昭平令 年 月 日		同居・別居		令和 年 月 日
	男・女	昭平令 年 月 日		同居・別居		令和 年 月 日
	男・女	昭平令 年 月 日		同居・別居		令和 年 月 日

※この書類は被扶養者減届の申請に関する目的以外には利用いたしません。

※就職により被扶養者資格をはずれる場合、**新たに取得された保険証のコピー**も提出いただきますようお願いいたします。

被保険者資格取得日を確認し、無保険期間が発生しないよう確認させていただきます。

※資格喪失証明書が必要な方は、提出先を右欄にご記入ください。

【提出先： _____】

事業所 記入欄	所在地 名称 代表者（代理人）氏名
------------	-------------------------

組合受付印