対象者が健康保険証・資格確認書を
お持ちの場合は添付してください

被扶養者減届

常務理事	事務長	係

令和　　年　　月　　日

		課長		係長		係	

京阪グループ健康保険組合　御中

被保険者等記号番号　　記号＿＿＿＿＿＿　番号＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被保険者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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（就職して健康保険に加入・パート先での健康保険加入・収入が基準を超過・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・新たに加入された健康保険等の資格取得日）
		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

※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。
※就職等により被扶養者資格をはずれる場合、**新たに加入された健康保険等の取得日が確認できる書類のコピー**を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

20241202　（本人→会社→健保）