

対象者の被保険者証を添付してください

見 本

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

	課長		係長		係	
--	----	--	----	--	---	--

被保険者証 記号 21 番号 6

事業所名 株式会社健保 所属 京都支店

被保険者 住所 大阪市中央区大手前1-7-31
氏名 健保 あおば

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)
健保 つばさ	男・女	昭平 4年 7月 1日	子	同居・別居	就職したため	令和 元年 5月 1日
健保 ひばり	男・女	昭平 19年 4月 1日	実母	同居・別居	後期高齢者医療制度へ移行	令和 元年 5月 1日
	男・女	昭平 年 月 日		同居・別居		平成 年 月 日
	男・女	昭平 年 月 日		同居・別居		平成 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

(本人→会社→健保)