

常務理事	事務長	主事	係員

<記入例>

太枠内を記入してください。

被扶養者申請書 (減)

事業所名は、右下欄外の注意書きを確認して下さい。

申請します。

記号・番号は、保険証または「資格情報のお知らせ」(R6年度より配布)をご確認下さい。

申請日 令和 6 年 4 月 10 日

*本人自署の場合は押印を省略可

被 保 険 者	事業所名※	(株)大丸松坂屋百貨店		所属・担当	大丸心斎橋店営業2部	
	被保険者等 記号・番号	(記号) — (番号)		連絡先 TEL	7-01-9876	
	氏 名	ヤマモト タロウ 山本 太郎		日	昭和・平成 48 年 1 月 日	
	住民票住所	〒 542-8551 大阪市中央区南船場4-4-10		内線、外線、社用携帯等、健保組合から連絡の取れる電話番号を記入		
	現 住 所	☐ 住民票と同じ 異なる場合→		〒 住民票と異なる場合記載		
	電 話 番 号	06-8245-0895		自宅または個人携帯の電話番号		

*続柄は、妻・長男・二男・長女…と記入

続 柄	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	同居・別居
1 長男	ヤマモト イチロウ 山本 一郎	昭和・平成・令和 14 年 12 月 23 日	同居 別居
減 員 の 理 由 1.就職(保険取得) 2.収入増 3.結婚 4.離婚 5.後期高齢医療 6.死亡 7.その他()			
減 員 の 日 付		令和 6 年 4 月 1 日	現住所の都道府県名
2 減	日付は、次のように記入してください。 1.就職の場合は、保険の資格取得日を記入してください。 (交付日ではありません) 保険の取得日は、保険証または「資格情報のお知らせ」に明記されています。 2.収入増の場合は、収入増になった日付ですが、 分からなければ未記入で結構です。 3.結婚の場合は、入籍された日を記入してください。 4.離婚の場合は、除籍された日を記入してください。 5.後期高齢医療の該当日を記入してください。 6.死亡の場合は、亡くなられた日を記入してください。	昭和・平成・令和 年	同居
3 減		後期高齢医療 現住所の都道府県名	同居 別居
4 減		昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居
減 員 の 理 由 1.就職(保険取得) 2.収入増 3.結婚 4.離婚 5.後期高齢医療 6.死亡 7.その他()			
減 員 の 日 付		令和 年 月 日	現住所の都道府県名

「5.後期高齢医療」の場合は、該当者の現住所の都道府県名を、必ず記入してください。健康保険組合から広域連合に報告すると、保険料の減免措置が受けられます。

事業主(代理人)の証明
(住所・氏名)

上記内容及び添付書類のとおり相違ないことを証明します。

* 健保使用欄

資格取得日	R 年 月 日
標準報酬月額	千円

※ 事業所名

「事業所名」とは、あなたが勤務している会社の名称です。(出向者は出向元の会社名)