

住友ファーマ健康保険組合理事長 殿

※印刷する際は横向きに設定してください。  
※太枠内と下部の提出日をご記入ください。

## 健康保険被扶養者(異動)届【減】

常務理事	事務長	係員	

被保険者証	記号	番号	フリガナ		男 <input type="checkbox"/> ・女 <input type="checkbox"/>	生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	年	月	日
被保険者 住民票住所					給与以外の収入 (年金・不動産収入等)	円	標準報酬月額 (健保記入)	千円		
被扶養者の氏名 フリガナ	性別	生年月日	続柄	同居・別居 区分	異動日	扶養しなくなった理由	資格 喪失 証明	備考		
氏名			年齢							
	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日	歳	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		要 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>			
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)										
	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日	歳	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		要 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>			
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)										
	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日	歳	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		要 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>			
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)										
	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日	歳	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		要 <input type="checkbox"/> ・ 否 <input type="checkbox"/>			
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)										

令和 年 月 日提出

健保受付日付印

**※削除する方の保険証を必ず添付してください！**

### 事業主確認

- この届出については、下記の2点を確認しています。
- 申請者本人(被保険者)が作成していること。
  - 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。