

特例退職

被扶養者異動(増・減)届

記入年月日			
令和	年	月	日
電話番号			
-	-	-	-

特例退職被保険者証		被保険者氏名		生年月日	
記号	番号	印	昭和 平成 令和	年	月
2222	10				
住所		〒 -			

医療助成の有・無と、有の場合その助成内容		※医療助成とは、病院等にかかったとき市区町村の助成によって自己負担が軽減される制度です
有	無	
ひとり親 障がい者 その他 ()		

① 増員届 ◎必要書類を添付してください

被扶養者氏名 (フリガナ)		生年月日		性別	続柄	同・別	健保組合処理欄				
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		同居 別居	認定年月日	認定印	承認印
		(歳)					令和	年	月	日	
職業	年収	収入内訳		医療助成の有・無と、有の場合その助成内容							
		給与 年金 万 その他	万 万 万	有 無 手続中	ひとり親	乳幼児・子供	障がい者	その他	助成を受けている市区町村名 ()		
被扶養者(家族)の住民票登録住所 (どちらかにチェックをお願いします) ※利用目的は(注3)参照		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)の住民票登録住所と同じ		〒 -							
		<input type="checkbox"/> 上記以外(右記に被扶養者の住民票登録住所を記入)									

被扶養者氏名 (フリガナ)		生年月日		性別	続柄	同・別	健保組合処理欄				
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		同居 別居	認定年月日	認定印	承認印
		(歳)					令和	年	月	日	
職業	年収	収入内訳		医療助成の有・無と、有の場合その助成内容							
		給与 年金 万 その他	万 万 万	有 無 手続中	ひとり親	乳幼児・子供	障がい者	その他	助成を受けている市区町村名		
被扶養者(家族)の住民票登録住所 (どちらかにチェックをお願いします) ※利用目的は(注3)参照		<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)の住民票登録住所と同じ		〒 -							
		<input type="checkbox"/> 上記以外(右記に被扶養者の住民票登録住所を記入)									

注1) 住民票を添付する場合は、「マイナンバー」、「本籍住所」は、必ず「表示なし」で取り付けてください。万一、表示がある場合は、ご本人様にて必ず見えないように「マスキング」をしてからご提出ください
 注2) 戸籍謄本を添付する場合は、「本籍住所」は、ご本人様にて必ず見えないように「マスキング」をしてからご提出ください
 注3) 被扶養者の住所はマイナンバーを住基ネットより取得する場合に使用させていただきます

② 減員届 ◎除外対象者の被保険者証の原本を添付してください

被扶養者氏名		生年月日		性別	続柄	健保組合処理欄				
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		除外年月日		
		(歳)					令和	年	月	日
扶養をしなくなった										
理由(○をつける)					除外年月日(または後期高齢者医療該当日)					
就職 死亡 その他 ()					令和 年 月 日					
後期高齢者該当 ⇒後期高齢者医療制度健康保険証(写)を添付し、下記に被扶養者の住民票登録住所を必ずご記入ください										
〒 -										

被扶養者氏名		生年月日		性別	続柄	健保組合処理欄				
		昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		除外年月日		
		(歳)					令和	年	月	日
扶養をしなくなった										
理由(○をつける)					除外年月日(または後期高齢者医療該当日)					
就職 死亡 その他 ()					令和 年 月 日					
後期高齢者該当 ⇒後期高齢者医療制度健康保険証(写)を添付し、下記に被扶養者の住民票登録住所を必ずご記入ください										
〒 -										

注1) 除外対象者の健康保険被保険者証の原本を必ず添付してください(紛失している場合には被保険者証減失届を添付)
 注2) 後期高齢者医療制度に加入された場合には後期高齢者医療制度の健康保険被保険者証(写)も添付してください
 注3) 死亡による除外の場合は、家族埋葬料請求書を添付してください

証送付年月日	入力年月日