

健康保険扶養異動願

扶減

事業所名

被保険者氏名

下記の者を 年 月 日付にて、扶養家族から外します。

氏 名

異動理由 就職 (就職日 → 年 月 日)

※短時間勤務などで就職時に健康保険に加入していなかった場合は加入した日を記入して下さい。

収入増加 (収入増となった日 → 年 月 日)

その他 (その他の内容を下記に記入↓)

※扶養を外れる方の「保険証」を忘れずに添付 (提出) してください。

※扶養を外れる方が 70 歳以上の場合、「高齢受給者証」も同時に回収します。

ご不明な点はお問合せください

TEL : 053-465-5391 / FAX:053-465-1275 静岡共済まで