

被扶養者が死亡したとき

健康保険被扶養者（異動）届

課長 課長補佐 課員

被保険者欄: 被保険者証の記号 9999, 被保険者証の番号 1234, 生年月日 5.昭和 6.平成 7.令和, 氏名 (フリガナ) OOOO, (氏) OO, 取得年月日 5.昭和 6.平成 7.令和, 住所 東京都OO区OO町O-O-O

注: 自署の場合は押印を省略できます。注: 収入(年収)とは名称を問わず、すべての収入が対象になります。また、被保険者との続柄は「長男・父・義母・弟」等詳しく記入してください。

被扶養者欄: 氏名 (フリガナ) OOOO, (氏) OO, 生年月日 5.昭和 6.平成 7.令和, 性別 1.男 2.女, 続柄 妻, 職業, 収入(年収), 住所 1.同居 2.別居, 被扶養者になった日 9.令和, 被扶養者から除かれた日 9.令和, 理由 死亡のため, 住民票住所 同上

被保険者欄の住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は隣の住所の記入は不要です(他の被扶養者欄においても同様)。

被扶養者欄: 氏名 (フリガナ), (氏), 生年月日, 性別 1.男 2.女, 続柄, 職業, 収入(年収), 住所 1.同居 2.別居, 被扶養者になった日 9.令和, 被扶養者から除かれた日 9.令和, 理由, 住民票住所 同上

被扶養者欄: 氏名 (フリガナ), (氏), 生年月日, 性別 1.男 2.女, 続柄, 職業, 収入(年収), 住所 1.同居 2.別居, 被扶養者になった日 9.令和, 被扶養者から除かれた日 9.令和, 理由, 住民票住所 同上

◎被扶養者に異動があったときは、5日以内に事業主を経由して提出してください。

◎この届出書に記入の個人情報は「健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務」において利用し、第三者には提供いたしません。

事業所所在地 東京都OO区OO町O-O-O, 事業所名 OOOO株式会社, 事業主氏名 代表取締役社長 OO OOO, 電話番号 03 (1234) 5678

令和 OO年OO月OO日 提出 受付年月日

受領欄

社会保険労務士記載欄/氏名等