

所属 支社	
連絡先(電話・IP等)	担当者(内務員は本人)
	○

※太陽生命内務員・スタッフ→事業所欄で給与厚生課へ●営業職員→支社職印押印して健保へ送付下さい
 ※太陽生命内務員・スタッフ→人事WFの家族情報変更にて社保扶養区分を「扶養対象外」に変更すること。

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険 被扶養者(異動)届 減

被保険者証の		被 保 険 者 の 氏 名		印	生 年 月 日		性 別	異動の別	※「健康保険証」のほか 「高齢受給者証」 「限度額適用認定証」等 所持している当健保の証は すべてお返し下さい	
記号	番号	(氏)	(名)	○	昭 5	年	月	日		男1 ・ 女2
					平 7					
〒 被保険者の住所								備考		

(フリガナ)	生 年 月 日		性 別	年 齢	被扶養者から除かれた日	理 由	添付いただくもの※は所持している方					
被 扶 養 者 の 氏 名				続 柄	就職の場合=就職した日 死亡の場合=死亡の翌日 後期高齢該当=75誕生日 離婚の場合=離婚の翌日		被保険者証(カード) * 高齢証・限度証・ 特定疾病受療証	新しく取得した 保険証の写し ※後日で可				
	昭 5	年	月	日	男1 ・ 女2	平成	年	月	日	就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 FAX可※A4用紙 を使用・余白に記 号番号記入
	昭 5	年	月	日	男1 ・ 女2	平成	年	月	日	就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 FAX可※A4用紙 を使用・余白に記 号番号記入
	昭 5	年	月	日	男1 ・ 女2	平成	年	月	日	就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 FAX可※A4用紙 を使用・余白に記 号番号記入
	昭 5	年	月	日	男1 ・ 女2	平成	年	月	日	就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと	<input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 FAX可※A4用紙 を使用・余白に記 号番号記入

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	

※国保に加入される方は新しい保険証の写しは不要です FAX:03-3863-1065
 ※新しく取得した保険証の写しは保険加入の重複・未加入期間の確認に必要です
被扶養者から除かれた日=新しい保険証の取得日
(就職であれば就職した日)となりますので、ご注意ください。

平成 年 月 日 提出

太陽生命健康保険組合理事長