

健保組合直送厳禁

健康保険 扶養家族減届 (正)

正・副各1部 提出

常務理事	事務長	MGR	担当者	CPU処理
------	-----	-----	-----	-------

※ 減届対象者の保険
「被扶養者認定基準」

【添付書類】

減の理由により異なりますので、『被扶養者認定基準』別表1をご確認ください。

被保険者証記号 (最大4ケタ)	被保険者証番号 (最大6ケタ)	所属 個 所	被 保 険 者 氏 名	勤務先	電話	03-5000-1000
8000	123456	(株)JTB ○○支店		JTB内線	300-4019	
				FAX	03-5000-1100	

該当に○印を付け、
その他の場合は理由をお書きください。

被扶養者氏名 (漢字9文字以内)		性別	減の理由 (該当を○で囲む)	資格喪失 証明書 (該当を○で 囲む)	健保記入欄	
フリガナ 姓	フリガナ 名				続柄 コード	減年月日
ヤマモト	ハナコ	男・女	就職・自立・収入超過 離婚・死亡 その他()	要・不要		
山本	花子	妻	妻	要		
		昭・平・令	就職・自立・収入超過 離婚・死亡 その他()	要・不要		
		昭・平・令	就職・自立・収入超過 離婚・死亡 その他()	要・不要		
		昭・平・令	就職・自立・収入超過 離婚・死亡 その他()	要・不要		
		昭・平・令	就職・自立・収入超過 離婚・死亡 その他()	要・不要		
		昭	就職・自立・収入超過 離婚・死亡 その他()	要・不要		

妻・長男・二女・養子・内縁の妻等、
具体的に記入してください。

喪失後、国民健康保険等に加入する場合は、
要に○印を付けてください。

この欄は事業主が記入してください。
(出向者は、出向元の事業所となります)

日付の記入漏れにご注意ください。

《 注意事項 》

1. この届では被扶養者に異動(減)が生じたときに、5日以内に各社総務にご提出ください。

令和 1年 9月 20日

ジェイティービー健康保険組合
心と体の健康づくりを応援します

事業所名称	(株)JTB
住所・電話	東京都品川区東品川2-3-11, JTBビル4階 Tel: 03-5796-5903
事業主氏名	代表取締役 ○○ ○○
担当者氏名	総務部 ○○ ○○
JTB内線	内線 : 4000

受付印