

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

- ①削除する被扶養者の被保険者証・資格確認書を添付してください。
被保険者証・資格確認書を滅失したときは、「被保険者証・資格確認書滅失申請書」を添付してください。
②雇用保険受給開始による削除の場合は、受給開始日が印字された雇用保険受給資格者証(両面)のコピーを添付してください。

提出 年月日	9.令和	0	0	0	2	0	1
-----------	------	---	---	---	---	---	---

被 保 険 者 欄	被保険者等の 記号	100	被保険者等の 番号	〇〇〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成	5	0	1	0	1	
	社員番号	〇〇〇〇〇				住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3					
	(フリガナ) 氏名	ケンボ	タロウ	日中連絡先	〇〇 (△△) ××							
	(氏) 氏名	健保	太郎									

被保険者確認欄	☐ 資格喪失証明書の発行を希望します
⇒喪失証明書の送付先 (被保険者住所と同じなら不要)	〒

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名	ケンボ	イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和													性別	1.男	2.女	
	(氏) 氏名	健保	一郎	個人番号																	
	続柄	長男	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	0	0	0	2	0	1	理由	就職									

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和													性別	1.男	2.女	
	(氏) 氏名			個人番号																	
	続柄		被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和							理由										

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和													性別	1.男	2.女	
	(氏) 氏名			個人番号																	
	続柄		被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和							理由										

受付日付印

事業所 所在地	〒
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者