

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保険証を添付してください。

保険証を滅失したときは、「被保険者証滅失破損・再交付申請書」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		年		月		日
-------	------	--	---	--	---	--	---

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5.昭和 7.平成			年		月		日
	社員番号				住所	〒							
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			日中連絡先 ()							

被保険者確認欄	<input type="checkbox"/>	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	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年		月		日	性別	1.男	2.女
	続柄			個人番号											
		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和			年		月		日	理由				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年		月		日	性別	1.男	2.女
	続柄			個人番号											
		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和			年		月		日	理由				

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年		月		日	性別	1.男	2.女
	続柄			個人番号											
		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和			年		月		日	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