

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	00	00	20	01
-------	------	----	----	----	----

被保険者欄	被保険者証の記号	100	被保険者証の番号	00000	生年月日	5.昭和 7.平成	50	年	10	月	11	日
	社員番号	000000				住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3					
	氏名(フリガナ)	ケンポ	タロウ	氏名(氏)	健保		太郎	日中連絡先	〇〇 (ΔΔ) ××			

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)	ケンポ	イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	06	年	07	月	22	日	性別	1.男 2.女
	氏名(氏)	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	00	年	00	月	20	日	理由	就職	

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

(例)削除理由
・就職
・収入超過
・失業給付受給開始
・死亡 等

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

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	