

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	000201	年	月	日							
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	26	年	7	月	1	日
	社員番号	00000				住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 日中連絡先 〇〇 (△△) ××					
	氏名 (フリガナ)	ケンポ	タロウ	氏名 (氏)	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	氏名	(フリガナ) (氏)	ケンポ 健保	(名)	イチロウ 一郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	26	年	07	月	22	日	性別	1.男 2.女
	続柄	父	被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和	000201	理由	死亡								

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ) (氏)		(名)		生年月日	被扶養者から除かれた日は ご逝去の翌日をご記入ください。								2.女
	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	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		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	