常務理事	事務長	担当

日本イーライリリー健康保険組合

## 健康保険 被扶養者異動届 (削除)

添付書類 ①: お持ちの場合は削除する被扶養者の保険証または、資格確認書を添付してください。

- ②: 就職による削除の場合は、就職先の資格情報のお知らせの写し、または資格確認書の写しを添付してください。
- ③・雇用保障受給開始による削除の場合は、受給開始日が印字された受給者証の写しを添付してください

		Q	/· <b>/E</b> /T	3 W KX	又和	<del>                                    </del>	11-0	-'O'H'	] MY 02	<i>' *</i> Ø7 □	110	<b>,</b> X	까디 け	I) 카디	H W . H 1 ]	ГС1	<i>,,</i> _, <del>,</del> ×		皿の	<del>3</del> 027	אנין אפ	<i>-</i> ( \	1_0	••		
摄 年.	出 月日	9.令和		年		月		日																		
被促	被保限記	険者等 1号				被保障番	検者等 ∶号											生年月	日	5.昭和 7.平成		年		月		日
被保険者欄	氏名	(フリガナ) (氏)					(名)	1)						+	住所	₹										
禰																電話	番号			-		_				
	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 〒 〒 〒																									
一 長人血の音の心内元 (被保険者住所と同じなら不要)																										
被		(フリガナ) (氏)					(名)								生年月日	5.昭 7.平 9.全	成		年	J	1	B	性別	1.男	2	.女
被扶養者欄	氏名	1											個人番号													
欄	続柄	j		から	養者 除か た日	7.平 9.令	Z成 分和		年		J	月		日	理由						健保	記入欄	削除年	月日		
被扶養者欄	氏名	(フリガナ)					1							<b>.</b>	5.昭			年	F	1	日		4 🖽			
		(氏)					(名)								生年月日	9.余							性別	1.男		.女
				被扶	養者	7 J	┃ ヹ ヹ		年		J	月		日	個人番号								削除年	月日		
惻	続柄			かられた	除かた日	9. <del>1</del>	和								理由						健保	記入欄				
被		(フリガナ) (氏)						(名)						生年月日	5.昭	成		年	F	3	B	性別	1.男	2	.女	
被扶養	氏名														個人番号	9.余	TAL									
養者欄	続柄	i		から	養者 除か た日	7.平 9. <del>个</del>	Z 成 3和		年		J	月		日	理由						健保	記入欄	削除年	月日		
				-	-					-				•								受,	付日作	 +EN		
																				/		~		,,,,		,
事	業所 在地	₹																								
事:	業所 称													ſ					<b>社会保</b>	験労務士の	代行者					
事	*: 業主 名																				1.2 日					
	番号					(			)					Į							日本	-/_=	5/1111	—健康·	(年)(全)	組合