常務理事	事務長		担当

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受給者証の写し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												
被保険者等記号		被保険者等番号		生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日				
氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		住所	〒 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（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							
				個人番号													
続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	年	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) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女							
				個人番号													
続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	年	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) (氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女							
				個人番号													
続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日	理由		健保記入欄	削除年月日							

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

日本イーライリリー健康保険組合