

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:削除する被扶養者の保険証を添付してください。
②:就職による削除の場合は、就職先の保険証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
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)		住所	〒						
					電話番号	-						

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									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	
	続柄			個人番号											
		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和									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	
	続柄			個人番号											
		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和									理由		健保記入欄	削除年月日

備考	個人番号 (被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要) ※マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、身元確認のため以下の書類を添付してください。 ①通知カードの写し ②個人番号記載の住民票の写し ③個人番号カード(両面)の写し のいずれか1点 ・上記①または②を添付の場合は、運転免許証の写しまたはパスポートの写し のいずれか1点
----	---

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