

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	0	1	0	2	0	1
-------	------	---	---	---	---	---	---

被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	〇〇〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成	5	0	1	0	1	1
	(フリガナ)	ケンポ	(氏)	タロウ	住所	〒	123-4567	東京都〇〇区〇〇1-2-3				
	氏名	健保		太郎	電話番号	〇〇	-	△△△△	-	□□□□		

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	(フリガナ)	ケンポ	(氏)	イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	0	6	0	7	2	2	性別	1.男 2.女
	氏名	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	0	1	0	2	0	1	理由	就職	健保記入欄	削除年月日

被扶養者欄	(フリガナ)		(氏)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	氏名				個人番号									
	続柄		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	(フリガナ)		(氏)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							性別	1.男 2.女
	氏名				個人番号									
	続柄		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