

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

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号	1	被保険者等 番号	00000	生年月日	5.昭和 7.平成	5	0	1	0	1	1	日
	氏名 (フリガナ) (氏)	ケンポ	タロウ	住所 〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 電話番号 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇									
	氏名 (氏)	健保	太郎										

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

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							日	性別	1.男 2.女
	氏名 (氏)			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

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和							日	性別	1.男 2.女
	氏名 (氏)			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

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	〒	こちらは記載不要です	
--	---	------------	--

社会保険労務士の代行者