

※記入例を確認の上、ご記入ください。
※手書きの場合は、消えないボールペンでご記入ください。

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：削除する被扶養者が、有効期限の切れていない資格確認書をお持ちの場合は資格確認書を添付してください。
削除する被扶養者が、保険証をお持ちの場合は保険証を添付してください。
添付書類②：雇用保険受給開始による扶養削除の場合は、受給開始日が印字された受給証の写しを添付してください。
添付書類③：就職して扶養を削除する場合は、新たに取得した資格情報のお知らせ又は資格確認書の写しを添付してください。
（就職先より資格情報のお知らせ又は資格確認書が届いていない場合は、お手元に届きしだい提出してください。）

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)			住民票 住所	〒						
		(氏)										
		(名)					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（人事部経由の社内便）
⇒喪失証明書の送付先 （被扶養者へ送付希望の場合のみ記載）	〒	

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男	2.女
		(氏)				個人番号									
	続柄			被扶養者 から除か れた日	9.令和			年		月		日	理由		

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男	2.女
		(氏)				個人番号									
	続柄			被扶養者 から除か れた日	9.令和			年		月		日	理由		

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男	2.女
		(氏)				個人番号									
	続柄			被扶養者 から除か れた日	9.令和			年		月		日	理由		

事業所 所在地	〒
事業所 名 称	
事業主 氏 名	
電話番号	()

受 付 年 月 日

社会保険労務士の代行者欄