

常務理事	事務長		担当

※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。

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。
 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、就職先の保険証の写しを添付して提出してください。
 (就職先より保険証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	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5.昭和		年		月		日	7.平成		
	氏名	(フリガナ)		(名)		〒									
					住民票住所										
					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 (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)		(名)		生年月日	5.昭和		年		月		日	性別	1.男	2.女
						個人番号	9.令和									
	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)		(名)		生年月日	5.昭和		年		月		日	性別	1.男	2.女
						個人番号	7.平成									
	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)		(名)		生年月日	5.昭和		年		月		日	性別	1.男	2.女
						個人番号	7.平成									
	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