

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	0	3	0	3	0	5
-------	------	---	---	---	---	---	---

被保険者欄	被保険者証の記号	〇〇〇	被保険者証の番号	〇〇〇〇	生年月日	5.昭和 7.平成	5	0	1	0	1	1
	氏名	(フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	住民票住所	〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 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 (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) ケンボ (氏) 健保	(名) イチロウ 一郎	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
	続柄	長男	被扶養者から除かれた日	9.令和	0	3	0	3	0	1	理由	就職	

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							性別	1.男 2.女
	続柄		被扶養者から除かれた日	9.令和							理由		

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							性別	1.男 2.女
	続柄		被扶養者から除かれた日	9.令和							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