

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

①削除する被扶養者の被保険者証・資格確認書を添付してください。

被保険者証・資格確認書を滅失したときは、「被保険者証・資格確認書滅失申請書」を添付してください。

②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雇用保険受給資格者証(両面)のコピーを添付してください。

| | | |
|-------|------|--------|
| 提出年月日 | 9.令和 | 000201 |
|-------|------|--------|

| | | | | | | | |
|-------|-----------|--------|----------|--------------------|------|--------------|-----------|
| 被保険者欄 | 被保険者等の記号 | 100 | 被保険者等の番号 | 000000 | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 | 50101 |
| | 社員番号 | 000000 | | | | 住所 | 〒123-4567 |
| | (フリガナ) 氏名 | ケンポ | タロウ | 東京都〇〇区〇〇1-2-3 | | | |
| | (氏) 氏名 | 健保 | 太郎 | 日中連絡先 〇〇 (ΔΔ) ×× | | | |

| | |
|-------------------------------|---|
| 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) 氏名 | ケンポ | イチロウ | 生年月日 | 5.昭和 7.平成 9.令和 | 060722 | 性別 | 1.男 2.女 |
| | (氏) 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 | 000201 | 理由 | 就職 | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----------|--|-------------|--------------|----------------------|----|----|---------|
| 被扶養者欄 | (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 |
| | (氏) 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 | | |

| | | | | | | | | |
|-------|-----------|--|-------------|--------------|----------------------|----|----|---------|
| 被扶養者欄 | (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 |
| | (氏) 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 | | |

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 |
| |