

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		年		月		日
-----------	------	--	---	--	---	--	---

被 保 険 者 欄	被保険者等 の記号		被保険者等 の番号		生年月日	5.昭和 7.平成			年			月			日
	社員番号					住所	〒								
	(フリガナ)														
	氏名	(氏)	(名)												
						日中連絡先 ()									

被保険者確認欄	☐ 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)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年			月			日	性別	1.男	2.女
		(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			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)	(名)		個人番号												
	続柄		被扶養者 から除か れた日	7.平成 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)	(名)		個人番号												
	続柄		被扶養者 から除か れた日	7.平成 9.令和			年			月		日	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