

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。

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 7.平成	年	月	日
	フリガナ (氏)		(名)		〒				
	氏名				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
⇒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)	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	フリガナ (氏)	(名)	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	フリガナ (氏)	(名)	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 |
|             |