

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