

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保険証を添付してください。
 保険証を滅失したときは、「被保険者証滅失破損・再交付申請書」を添付してください。
 ②就職による削除の場合は、新しい保険証のコピーを添付してください。
 ③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
	社員番号	〒					
	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	住所	日中連絡先 ()			

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	氏名 (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
	続柄	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日	理由		
	個人番号								

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	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日	理由		
	個人番号								

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	年	月	日	性別	1.男 2.女
	続柄	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	年	月	日	理由		
	個人番号								

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