

# 健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証を添付してください。

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

|                |              |      |   |          |     |   |   |        |            |    |   |   |
|----------------|--------------|------|---|----------|-----|---|---|--------|------------|----|---|---|
| 被保険者証の<br>記号番号 | 被保険者<br>氏名と印 | フリガナ | 印 | 生年月日     |     |   |   | 性別     | 資格取得年月日    |    |   |   |
|                |              |      |   | 昭和<br>平成 | 年   | 月 | 日 | 男<br>女 | 平成<br>令和   | 年  | 月 | 日 |
| 被保険者<br>住所     | 〒            |      |   | 電話       | ( ) |   |   |        | 標準報酬<br>月額 | 千円 |   |   |

| 異動の別 | 被扶養者の氏名     |     | 生年月日           |   |   |   | 性別     | 続柄 | 職業<br>又は<br>学年 | 年間予定収入<br>(税込額) | 世帯 | 扶養をしなくなった日 |   |   |  | 理由 | 備考 |
|------|-------------|-----|----------------|---|---|---|--------|----|----------------|-----------------|----|------------|---|---|--|----|----|
| 減少   | フリガナ<br>(氏) | (名) | 昭和<br>平成<br>令和 | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    | 円              | 同居<br>別居        | 令和 | 年          | 月 | 日 |  |    |    |
|      |             |     |                |   |   |   |        |    |                |                 |    |            |   |   |  |    |    |
| 減少   | フリガナ<br>(氏) | (名) | 昭和<br>令和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    | 円              | 同居<br>別居        | 令和 | 年          | 月 | 日 |  |    |    |
|      |             |     |                |   |   |   |        |    |                |                 |    |            |   |   |  |    |    |
| 減少   | フリガナ<br>(氏) | (名) | 昭和<br>令和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    | 円              | 同居<br>別居        | 令和 | 年          | 月 | 日 |  |    |    |
|      |             |     |                |   |   |   |        |    |                |                 |    |            |   |   |  |    |    |
| 減少   | フリガナ<br>(氏) | (名) | 昭和<br>令和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    | 円              | 同居<br>別居        | 令和 | 年          | 月 | 日 |  |    |    |
|      |             |     |                |   |   |   |        |    |                |                 |    |            |   |   |  |    |    |
| 減少   | フリガナ<br>(氏) | (名) | 昭和<br>令和<br>平成 | 年 | 月 | 日 | 男<br>女 |    | 円              | 同居<br>別居        | 令和 | 年          | 月 | 日 |  |    |    |
|      |             |     |                |   |   |   |        |    |                |                 |    |            |   |   |  |    |    |

※喪失証明書発行希望の場合は備考欄へその旨ご記入ください。

|            |        |                            |  |  |
|------------|--------|----------------------------|--|--|
| 事業主の<br>確認 | 事務所所在地 | 〒252-0888<br>神奈川県藤沢市桐原町1番地 |  |  |
|            | 事務所名称  | 株式会社HGSTジャパン               |  |  |
|            | 事業主氏名  | ヒューマンリソース 部長代理 福尾 智行 印     |  |  |
|            | 電話     |                            |  |  |

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。  
被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。  
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。

|               |   |
|---------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行印 |   |
|               | 印 |

令和 年 月 日提出

受付日付印