

健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証等を添付してください。
（郵送される際はハサミ等で切込みを
入れて返却ください。）

常務理事	事務長		担 当

被保険者等 記号番号		被保険者 氏名	フリガナ	生年月日				性別	資格取得年月日				
				昭和 平成	年 	月 	日 	男 女	平成 令和	年 	月 	日 	
被保険者 住 所	〒			電 話	()				標準報酬 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 又は 学年	年間予定収入 (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		昭和 平成 令和	年 	月 	日 	男 女			円	同居 別居	令和	年 	月 	日 		
	(氏)	(名)															
減少	フリガナ		昭和 令和 平成	年 	月 	日 	男 女			円	同居 別居	令和	年 	月 	日 		
	(氏)	(名)															
減少	フリガナ		昭和 令和 平成	年 	月 	日 	男 女			円	同居 別居	令和	年 	月 	日 		
	(氏)	(名)															
減少	フリガナ		昭和 令和 平成	年 	月 	日 	男 女			円	同居 別居	令和	年 	月 	日 		
	(氏)	(名)															
減少	フリガナ		昭和 令和 平成	年 	月 	日 	男 女			円	同居 別居	令和	年 	月 	日 		
	(氏)	(名)															

※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 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話

◎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記載欄

令和 年 月 日提出

受付日付印