

# 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。  
（郵送される際はハサミ等で右下に切込みを入れて返却ください。）

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 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 (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 令和 平成	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日			
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 令和 平成	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 令和 平成	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日			
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 令和 平成	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和	年	月	日			
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 令和 平成	年	月	日	男 女		円	同居 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 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