

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資格確認書を添付してください。(交付されている場合のみ)

資格確認書を滅失したときは、「資格確認書滅失申請書」を添付してください。

②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	000201
-------	------	--------

被保険者欄	被保険者等の記号	100	被保険者等の番号	000000	生年月日	5.昭和 7.平成	50101	
	社員番号	000000				住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3	
	氏名(フリガナ)	ケンボ	氏名(名)	タロウ	住所	日中連絡先 〇〇 (△△) ××		
氏名(氏)	健保	氏名(名)	太郎					

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)	<input checked="" type="checkbox"/>	

被扶養者欄	氏名(フリガナ)	ケンボ	氏名(名)	イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	060722	性別	1.男 2.女
	氏名(氏)	健保	氏名(名)	一郎	個人番号				
続柄	長男	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	000201	理由	就職			

被扶養者欄	氏名(フリガナ)		氏名(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		性別	1.男 2.女
	氏名(氏)		氏名(名)		個人番号				
続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和		理由				

被扶養者欄	氏名(フリガナ)		氏名(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		性別	1.男 2.女
	氏名(氏)		氏名(名)		個人番号				
続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和		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