健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証・資格確認書を添付してください。

常務理事	事務長		担当

被保険者証等の 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		
資格喪失証明書の発行を (希望する ・ 希望しない)			喪失証明書の希望送付先 (被保険者住所と同じなら不要)			〒						

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	年	月	日	男 女	円	同居 別居	令和	年	月	日		
	平成 令和														
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和	年	月	日	男 女	円	同居 別居	令和	年	月	日		
	平成 令和														
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和	年	月	日	男 女	円	同居 別居	令和	年	月	日		
	平成 令和														
減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和	年	月	日	男 女	円	同居 別居	令和	年	月	日		
	平成 令和														

事業主の 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話

年 月 日提出
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。

社会保険労務士記載欄

受付日付印