

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 ケンボ タロウ		生年月日						性別	資格取得年月日					
	○○○○		健保 太郎		昭和	年	月	日	男	平成	年	月	日				
被保険者 住 所	〒 ○○○-○○○ 東京都○○区○○町1-2-3				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 ケンボ	ハナコ	昭和	年	月	日	男 女	妻	パート	円 150万	同居 別居	令和	年	月	日	収入超過	
	(氏) 健保	(名) 花子	平成 令和	5	1	0											
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		
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		
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		

事業主の 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話

令和 3年 6月 5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