

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

添付書類①：削除する被扶養者の保険証を添付してください。

添付書類②：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
雇用保険受給資格者証 (写) を添付してください。

提出年月日	9. 令和		年		月		日
-------	-------	--	---	--	---	--	---

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5. 昭和		年		月		日	7. 平成
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	住所	〒							
					電話番号	-							-

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)	〒	

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

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

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