

健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※太枠内のみご記入ください

※被保険者証を添付してください。

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号番号	記号	被保険者 氏名	フリガナ			生年月日			性別	資格取得年月日		
	番号		(自 署)			昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	令和	年
被保険者 住民票住所 電話番号	〒			コーポレート ID	事業所名 部署 電話番号	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 (被保険者住所と同様は不要)				〒				

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			備考			
								理由						
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	

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			備考			
								理由						
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	

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			備考			
								理由						
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	

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			備考			
								理由						
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 の証明	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電 話

◎雇用保険受給開始による減少の場合は、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。 令和 年 月 日提出

受付日付印