

## 記入例

## 健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証を添付してください。

常務理事	事務長		担当

※太枠内のみご記入ください

被保険者証の 記号番号	記号 10 番号 1234	被保険者 氏名 フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 昭和 平成 令和 4 7 1 0 1 2	性別 男 女	資格取得年月日 令和 年 月 日
被保険者 住民票住所 電話番号	〒 105-0023 東京都港区芝浦1-2-3 電話 03 ( 1234 ) 5678	コーポレート ID 11000001	事業所名 部署 電話番号 〇〇〇〇株式会社 △△△△部署 電話03(1111)2222	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 理由	備考
減少	フリガナ ケンポ (氏)	昭和 平成 令和 0 8 0 6 0 7	男 女	二男	会社員	4,000,000 円	同居 別居	令和 年 月 日 0 2 0 4 0 1	就職
	健保 (名) 健太							別居	

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)	昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和 年 月 日	
	(名)								

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)	昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和 年 月 日	
	(名)								

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)	昭和 平成 令和	男 女			円	同居 別居	令和 年 月 日	
	(名)								

事業主  
の  
証明事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電 話

## 事業主の証明欄

◎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 02 年 04 月 05 日提出

受付日付印