記入例

健康保険　被扶養者（異動）届（削除）

常務理事	事務長		担当

※太枠内のみご記入ください

被保険者等の記号番号	記号	10	被保険者氏名	フリガナ　ケンポ　タロウ	生年月日	性別	資格取得年月日
	番号	1234		健保　太郎	昭和 平成 令和　4 年 7 月 1 日 0 1 2	男 女	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	○○○○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）健保	ケンタ （名）健太	昭和 平成 令和　0 年 8 月 0 6 日 0 7	男 女	二男	会社員	円 4,000,000	同居 別居	令和　0 年 2 月 0 4 日 0 1 就職	
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両面写しを添付してください。

令和 02 年 04 月 05 日提出

◎有効な資格確認書を取得している方は添付してください。

◎令和7年12月1日までは被保険者証を添付してください。

受付日付印

シミックグループ健康保険組合