

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	フリガナ ケンポ タロウ	被保険者 氏名 健保 太郎	生年月日				性別	資格取得年月日			
	番号	1234			昭和 平成 令和	年 4 7	月 1 0	日 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	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				備考	
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日						理由	令和	年	月		日
減少	ケンポ 健保	ケンタ 健太	昭和 平成 令和	0	8	06	07	男	二男	4,000,000	同居	令和	0	2	04	01	就職

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
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日						理由	令和	年	月	
減少											同居					

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				備考
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日						理由	令和	年	月	
減少											同居					

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				備考
	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日						理由	令和	年	月	
減少											同居					

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  
※被保険者は未記入のままご提出ください

◎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。

受付日付印