

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た雇用保険受給資格者証の写し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 7.平成		年		月		日
	フリガナ (氏)			住所	〒							
	氏名				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	フリガナ (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女
	氏名			個人番号								
	続柄	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和		年		月		日	理由		

被扶養者欄	フリガナ (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女
	氏名			個人番号								
	続柄	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和		年		月		日	理由		

被扶養者欄	フリガナ (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男 2.女
	氏名			個人番号								
	続柄	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和		年		月		日	理由		

受付年月日

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印