

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(写)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) 氏名 (氏)		(名)		住所	〒						
電話番号 - -												

※住所欄には「住民票の住所」を記入願います。

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

※住所欄には「住民票の住所」を記入願います。

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

※住所欄には「住民票の住所」を記入願います。

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

※住所欄には「住民票の住所」を記入願います。

受付日付印

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