

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。  
 被保険者証を滅失したときは、「被保険者証滅失破損・再交付申請書」を添付してください。  
 添付書類②: 雇用保険失業給付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。

被 保 険 者 欄	被保険者証	記号 100	Emp. No. 00000	生年月日	S501011
	氏名 (フリガナ) ケンボ (氏) 健保	番号 00000	(名) タロウ 太郎	住所 〒 123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3 電話番号 〇〇 - △△△△ - □□□□	

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	氏名 (フリガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) イチロウ 一郎	生年月日	H060722	性別	1.男 2.女
	続柄 長男	被扶養者から 除かれた日	H290401	理由	就職	

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日		性別	1.男 2.女
	続柄	被扶養者から 除かれた日		理由		

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ) (氏)	(名)	生年月日		性別	1.男 2.女
	続柄	被扶養者から 除かれた日		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	〒     ( )
--	--------------------------

人事 受付日	9. 令和	年	月	日
-----------	----------	---	---	---

社会保険労務士の代行
------------