

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被保険者証・資格確認書を添付してください。
被保険者証・資格確認書を滅失したときは、「被保険者証・資格確認書滅失申請書」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	被保険者等 の記号		被保険者等 の番号		生年月日	5.昭和 7.平成		年		月		日
	(フリガナ)			住所	〒							
	氏名	(氏)	(名)									
					電話番号	-	-					

被保険者確認欄	☐	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)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		年		月		日	性別	1.男	2.女
		(氏)	(名)											
	続柄		被扶養者 から除か れた日	9.令和		年		月		日	理由			

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

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

受付日付印

事業所 所在地	上記の記入内容に誤りのないことを確認しました。 〒
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

*** 事業所責任者確認欄(記号37の事業所)**

住所

氏名