

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     | 0   | 2 | 0        | 4     | 2 | 5 |      |                  |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者欄 | 被保険者等の記号 | 100 |   | 被保険者等の番号 | 〇〇〇〇〇 |   |   | 生年月日 | 5.昭和<br>7.平成     | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |
|       | (フリガナ)   | ケンボ |   | (氏)      | タロウ   |   |   | 〒    | 123-4567         |   |   |   |   |   |   |
|       | 氏名       | 健保  |   | (名)      | 太郎    |   |   | 住所   | 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<br>(被保険者住所と同じなら不要) | 〒                        |                  |

|       |        |     |  |             |      |   |   |      |                      |   |   |    |    |   |   |    |            |
|-------|--------|-----|--|-------------|------|---|---|------|----------------------|---|---|----|----|---|---|----|------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) | ケンボ |  | (名)         | イチロウ |   |   | 生年月日 | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 | 0 | 6 | 0  | 7  | 2 | 2 | 性別 | 1.男<br>2.女 |
|       | 氏名     | 健保  |  | (名)         | 一郎   |   |   | 個人番号 | *                    | * | * | *  | *  | * | * | *  | *          |
|       | 続柄     | 長男  |  | 被扶養者から除かれた日 | 9.令和 | 0 | 2 | 0    | 4                    | 0 | 1 | 理由 | 就職 |   |   |    |            |
|       |        |     |  |             |      |   |   |      |                      |   |   |    |    |   |   |    |            |

|       |        |  |  |             |      |  |  |      |                      |   |   |    |   |   |   |    |            |
|-------|--------|--|--|-------------|------|--|--|------|----------------------|---|---|----|---|---|---|----|------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) |  |  | (名)         |      |  |  | 生年月日 | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 |   |   |    |   |   |   | 性別 | 1.男<br>2.女 |
|       | 氏名     |  |  | (名)         |      |  |  | 個人番号 | *                    | * | * | *  | * | * | * | *  | *          |
|       | 続柄     |  |  | 被扶養者から除かれた日 | 9.令和 |  |  |      |                      |   |   | 理由 |   |   |   |    |            |
|       |        |  |  |             |      |  |  |      |                      |   |   |    |   |   |   |    |            |

|       |        |  |  |             |      |  |  |      |                      |   |   |    |   |   |   |    |            |
|-------|--------|--|--|-------------|------|--|--|------|----------------------|---|---|----|---|---|---|----|------------|
| 被扶養者欄 | (フリガナ) |  |  | (名)         |      |  |  | 生年月日 | 5.昭和<br>7.平成<br>9.令和 |   |   |    |   |   |   | 性別 | 1.男<br>2.女 |
|       | 氏名     |  |  | (名)         |      |  |  | 個人番号 | *                    | * | * | *  | * | * | * | *  | *          |
|       | 続柄     |  |  | 被扶養者から除かれた日 | 9.令和 |  |  |      |                      |   |   | 理由 |   |   |   |    |            |
|       |        |  |  |             |      |  |  |      |                      |   |   |    |   |   |   |    |            |

受付日付印

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所所在地 | <div><p>* 記号37の加入者の申請については、以下の点にご留意ください。</p><p>記号37の各事業所（日東紡東京、大阪、名古屋、福島、富久山、伊丹）は、平成15年10月に健康保険法第34条に基づく一括適用事業所の承認を受けておりますので、この欄は日東紡の事業主（人事部長）となります。従い、各事業所の健保組合窓口担当の方は、申請書の内容を確認した後、別に設けてある「事業所責任者確認欄」に事業所の住所・責任者名を記入のうえ日東紡本社人事まで提出ください。</p><p>* 申請者が国内会社に出向している場合も、この欄は日東紡の事業主（人事部長）となります。</p></div> |
| 事業所名称  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 事業主氏名  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 電話番号   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

**\* 事業所責任者確認欄(記号37の事業所)**

住所

氏名