

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

①削除する被扶養者の保険証を添付してください。

保険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。

②雇用保険受給開始による削除の場合は、受給開始日が印字された雇用保険受給資格者証(両面)のコピー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			年			月			日
	社員番号					住所	〒								
	氏名	(フリガナ)		(氏)	(名)		日中連絡先 ()								

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

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

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

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