

# 健康保険 被扶養者異動届 (削除)

※被保険者証を添付してください。

|      |     |  |    |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 |  | 担当 |
|      |     |  |    |

※太枠内のみご記入ください

|             |          |               |     |               |     |   |    |             |    |   |   |   |
|-------------|----------|---------------|-----|---------------|-----|---|----|-------------|----|---|---|---|
| 被保険者証の記号    | 被保険者証の番号 | 被 保 険 者 の 氏 名 |     | 生 年 月 日       |     |   | 性別 | 資格取得年月日     |    |   |   |   |
|             |          | (氏)           | (名) | 昭和<br>・<br>平成 | 年   | 月 | 日  | 男<br>・<br>女 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者<br>住 所 | 〒 -      |               |     | 電話            | ( ) |   |    | 標準報酬<br>月 額 | 千円 |   |   |   |

| 被 扶 養 者 の 氏 名 |     | 生 年 月 日       |   |   | 性別 | 続柄          | 職業<br>又は<br>学年 | 同居・別居の区分<br>別居被扶養者の住所 |    | 扶養をしなくなった日 |   |   | 理由                        | 備考 |
|---------------|-----|---------------|---|---|----|-------------|----------------|-----------------------|----|------------|---|---|---------------------------|----|
| フリガナ<br>(氏)   | (名) | 昭和<br>・<br>平成 | 年 | 月 | 日  | 男<br>・<br>女 |                | 同居・別居                 | 平成 | 年          | 月 | 日 | ①就職 ②離婚<br>③死亡<br>④その他( ) |    |
| フリガナ<br>(氏)   | (名) | 昭和<br>・<br>平成 | 年 | 月 | 日  | 男<br>・<br>女 |                | 同居・別居                 | 平成 | 年          | 月 | 日 | ①就職 ②離婚<br>③死亡<br>④その他( ) |    |
| フリガナ<br>(氏)   | (名) | 昭和<br>・<br>平成 | 年 | 月 | 日  | 男<br>・<br>女 |                | 同居・別居                 | 平成 | 年          | 月 | 日 | ①就職 ②離婚<br>③死亡<br>④その他( ) |    |
| フリガナ<br>(氏)   | (名) | 昭和<br>・<br>平成 | 年 | 月 | 日  | 男<br>・<br>女 |                | 同居・別居                 | 平成 | 年          | 月 | 日 | ①就職 ②離婚<br>③死亡<br>④その他( ) |    |
| フリガナ<br>(氏)   | (名) | 昭和<br>・<br>平成 | 年 | 月 | 日  | 男<br>・<br>女 |                | 同居・別居                 | 平成 | 年          | 月 | 日 | ①就職 ②離婚<br>③死亡<br>④その他( ) |    |

|                    |        |     |
|--------------------|--------|-----|
| 事業主<br>の<br>確<br>認 | 事業所所在地 | (印) |
|                    | 事業所名称  |     |
|                    | 事業主氏名  |     |
|                    | 電話番号   |     |

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

平成 年 月 日提出

受付日付印

|               |     |
|---------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行印 |     |
|               | (印) |