健康保険　被扶養者異動届（削除）

※Please attach health insurance card (Maximum Co-payment Certificate for Health Insurance, elderly beneficiary card)

常務理事	事務長		担　当

※太枠内のみご記入ください

Insurance Card Code/Number	者証の番号	Name of Insured parson	険　者　の　氏　名	Date of birth				性別	資格取得年月日		
000	00000	(ｶﾅ) ケンポ (氏) Kenpo	(ｶﾅ) タロウ (名) Taro	昭・平・令	年 02	月 09	日 24	男・女		月	日
被保険者 住　所	〒 123 － 3456 1-1-1 Tamagawa Setagaya-ku Tokyo Address of insured person			Phone 電話	080 (3456) 7890				標準報酬 月　額		千円

Gender 男:Male 女:female

Name of family member		Date of birth				性別	続柄	職業又は	同居・別居の区分 別居被扶養者の住所	Date of withdrawing from dependent family				理由	備考
ﾌﾘｶﾞﾅ ケンポ 氏名 Kenpo	ハナコ Hanako	昭和・平成・令和	年 03	月 10	日 20	男・女	Relationship Wife	Part Timer Job	同居・別居	令和	年 02	月 04	日 01	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他(	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		昭和・平成・令和	年	月	日	男・女 Gender			〒	令和	年	月	日	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他( )	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		昭和・平成・令和	年	月	日	男・女			〒	令和	年	月	日	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他( )	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		昭和・平成・令和	年	月	日	男・女			同居・別居 〒	令和	年	月	日	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他( )	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名		昭和・平成・令和	年	月	日	男・女			同居・別居 〒	令和	年	月	日	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他( )	

Reason
①Get a job
②Divorce
③Dead
④Other

同居:Living together　別居:Separately
In case of separately, please write the address of target person.

事業主の確認	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

令和　　年　　月　　日提出

※ 修正がある場合は二重線を引き正しい情報を記載したうえ、情報改ざんを防ぐために押印してください。

受付日付印

社会保険労務士等提出代行者

楽天健康保険組合 殿