

# 健康保険 被扶養者異動届 (削除)

**※保険証(限度額適用認定証、  
高齢受給者証)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			
		フリガナ 氏名				昭和 ・ 平成	年	月	日	男 ・ 女	平成 令和	年	月	日
被保険者 住 所	〒 -					電話	( )				標準報酬 月 額	千円		

被 扶 養 者 の 氏 名	生 年 月 日				性別	続柄	職業 又は 学年	同居・別居の区分 別居被扶養者の住所		扶養をしなくなった日			理由	備考
	昭和 平成 令和	年	月	日				男 ・ 女	同居	別居	令和	年		
フリガナ 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( )	
フリガナ 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( )	
フリガナ 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( )	
フリガナ 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( )	
フリガナ 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( )	

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