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
		(ｶﾅ) (氏)	(ｶﾅ) (名)	昭・平 令　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
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(　　)	
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(　　)	
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(　　)	

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