

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	
		(か) (氏)	(か) (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
フリガナ		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()	
氏名							〒				
フリガナ		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()	
氏名							〒				
フリガナ		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()	
氏名							〒				
フリガナ		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()	
氏名							〒				

事業主 の確認	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	(印)
	電話番号	

令和 年 月 日提出

◎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。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行印	
	(印)