

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 〇〇	被保険者証の番号 〇〇〇	被 保 険 者 の 氏 名 ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎			生 年 月 日 昭 和 年 月 日 平成 〇〇 〇〇 〇〇	性別 男 女	資格取得年月日 平成 令和 年 月 日		
被保険者住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇1-1-1			電話	〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			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
ケンボ ハナコ 氏名 健保 花子	昭和 平成 令和 〇〇 〇〇 〇〇	男 女 女	妻	会社員	同居・別居 同居	令和 06 04 01	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他()	
ケンボ ハナコ 氏名	昭和 平成 令和	男・女			同居・別居	令和	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他()	
ケンボ ハナコ 氏名	昭和 平成 令和	男・女			同居・別居	令和	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他()	
ケンボ ハナコ 氏名	昭和 平成 令和	男・女			同居・別居	令和	①就職 ②離婚 ③死亡 ④その他()	
ケンボ ハナコ 氏名	昭和 平成 令和	男・女			同居・別居	令和	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