

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

・雇用保険受給開始による削除の場合は、
受給開始日が印字された雇用保険受給資格者証(両面)のコピーを添付してください。

提出年月日	9.令和		年		月		日								
被保険者欄	被保険者等の記号		被保険者等の番号		生年月日	5.昭和 7.平成			年			月			日
					住民票住所	〒									
氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	日中連絡先 ()											

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年			月			日	性別	1.男	2.女
					個人番号													
	続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和			年			月		日	理由					

※続柄は正確にご記入ください。(妻、父、長男、次女など)

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年			月			日	性別	1.男	2.女
					個人番号													
	続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和			年			月		日	理由					

※続柄は正確にご記入ください。(妻、父、長男、次女など)

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和			年			月			日	性別	1.男	2.女
					個人番号													
	続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和			年			月		日	理由					

※続柄は正確にご記入ください。(妻、父、長男、次女など)

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者