

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	令和	00	02	01					
被保険者欄	被保険者等の記号	100	被保険者等の番号	123456	生年月日	5.昭和 7.平成	50	10	11
					住民票住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3			
	(フリガナ)	ケンポ	タロウ						
	(氏)	健保	(名)	太郎		日中連絡先 〇〇 (△△) ××			

被扶養者欄	(フリガナ)	ケンポ	イチロウ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	06	07	22	性別	1.男 2.女
	(氏)	健保	一郎	個人番号						
	続柄	長男	被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和	理由	就職				

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