

被扶養者異動届(削除申請用)

記入例

被保険者証の	記号	21	番号	1234567
被保険者の氏名	ふりがな あじの たろう 味野 太郎			
被保険者の住所 (住民票登録の住所)	〒	211-0000	神奈川県 川崎	電話 044 - 000 - 0000

【異動事項】

家族の氏名	ふりがな あじの もとお 味野 素男	生年月日	昭和 平成 令和 000206
続柄	父	性別	男・女
削除の理由		添付書類	
☐ 1) 他保険に加入 ⇒ 新しく加入した保険証の写し (就職、雇用契約変更による健保の資格取得、被扶養者の異動)			
☐ 2) 収入限度額を超えたため ⇒ 給与支払累計がわかる書類(給与明細の写し等)			
☐ 3) 事業を始めたため ⇒ 開業届の写し			
☐ 4) 結婚 ⇒ 該当日がわかる書類の写し			
☒ 5) 死亡 (令和 00年 10月 9日死亡) ⇒ 該当日がわかる書類の写し			
☐ 6) 離婚 ⇒ 該当日がわかる書類の写し			
☐ 7) 被保険者が主たる生計維持者でなくなったため (令和 年 月 日から該当)			
☐ 8) 同居が条件の家族と別居したため (令和 年 月 日から別居)			
☐ 9) 失業給付を受給するため ⇒ 雇用保険受給資格通知又は受給資格者証(全頁の写し)			
☐ 10) その他 ()			
☐ 11) 後期高齢者該当 ⇒ 高齢受給者証の返却 ※被保険者と別居の場合は、下記に該当者の住所を記入してください。			
〒	—	都道府県	市区郡
「資格喪失証明書」の交付について ⇒ 交付を希望 (☒ する ・ ☐ しない)			

※ 届出の際は、削除対象者の味の素健康保険組合の保険証を添付してください。

事業主証明欄	事業所所在地 〒 —	申請受付日
	事業所名称 事業主氏名 電話 () —	令和 年 月 日
	事業主が確認した場合に ○で囲んでください。 確認	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者(被保険者)本人が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付印

常務理事	事務長	係		