

被扶養者異動届(削除申請用)

被保険者証の	記号		番号	
被保険者の氏名	ふりがな			
被保険者の住所 (住民票登録の住所)	〒		—	都道府県 市区郡

【異動事項】

家族の氏名	ふりがな	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
続柄		性別	男・女	削除年月日	令和	年 月 日
削除の理由				添付書類		
<input type="checkbox"/> 1) 他保険に加入 ⇒ 新しく加入した保険証の写し <small>(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)</small>						
<input type="checkbox"/> 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)						
<input type="checkbox"/> 3) 事業を始めたため ⇒ 開業届の写し						
<input type="checkbox"/> 4) 結婚 ⇒ 該当日がわかる書類の写し						
<input type="checkbox"/> 5) 死亡 (令和 年 月 日死亡) ⇒ 該当日がわかる書類の写し						
<input type="checkbox"/> 6) 離婚 ⇒ 該当日がわかる書類の写し						
<input type="checkbox"/> 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)						
<input type="checkbox"/> 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)						
<input type="checkbox"/> 9) 失業給付を受給するため ⇒ 雇用保険受給資格者証の写し(全頁)						
<input type="checkbox"/> 10) その他()						
<input type="checkbox"/> 11) 後期高齢者該当 ⇒ 高齢受給者証の返却 <small>※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。</small>						
〒		—	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			