

扶養家族が減った場合

常務理事	事務長		担当

## 健康保険 被扶養者異動届 (削除)

添付書類: 削除する被扶養者の保険証を添付してください。

提出年月日	9.令和	03	04	03	氏名は自筆でご記入ください。				
被保険者欄	被保険者証の記号	1	被保険者証の番号	123	生年月日	5.昭和 7.平成	45	12	16
	フリガナ	ケンボ	イチロウ	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇				
	氏名	健保	一郎	電話番号	080	1234	5678		
	続柄	健保	一郎						

被保険者確認欄	<input type="checkbox"/>	資格喪失証明書の発行を希望します
⇒喪失証明書の送付先 (被保険者住所と同じなら不要)	〒	

被扶養者欄	フリガナ	ケンボ	ケンタ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	10	07	25	性別	1.男 2.女
	氏名	健保	健太	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	03	04	01	理由	就職のため	

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
	氏名			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	届出の理由を記入してください。 例) 就職 離婚 雇用保険受給開始 収入増 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
	氏名			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		

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	記入は不要です
事業主氏名	
電話番号	-

社会保険労務士の代行者