

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (減)

- ①被扶養者から外す方の保険証を添付してください。
保険証を滅失したときは、「被保険者証滅失破損・再交付申請書」を添付してください。
②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	年	月	日
		06	04	01

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	100	被保険者証の 番号	1111111	生年月日	昭和	6	0	年	1	0	月	1	1	日
	社員番号	〇〇〇〇〇													
	(フリガナ) 氏名	ケンポ	タロウ	住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3										
	(氏) 健保	(名) 太郎	日中連絡先 〇〇 (△△) ××												

被保険者確認欄	有	資格喪失証明書の発行希望有無
⇒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	氏名	(フリガナ)	ケンポ	(名)	イチロウ	生年月日	平成	2	0	年	1	1	月	1	1	日	性別	男	
		(氏)	健保	(名)	一郎														
	続柄	長男	被扶養者 から外す 日	令和	0	6	年	0	4	0	1	月	日	理由	就職				

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)		(名)		生年月日			年			月			日	性別		
		(氏)		(名)														
	続柄		被扶養者 から外す 日			年			月			日	理由					

被 扶 養 者 欄	氏名	(フリガナ)		(名)		生年月日			年			月			日	性別		
		(氏)		(名)														
	続柄		被扶養者 から外す 日			年			月			日	理由					

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