常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届（削除）

①削除する被扶養者の被保険者証・資格確認書を添付してください。
被保険者証・資格確認書を滅失したときは、「被保険者証・資格確認書滅失申請書」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	9.令和	00年	02月	01日

被保険者欄	被保険者等の記号	100	被保険者等の番号	○○○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 50年10月1日
	社員番号	○○○○○			住所	〒123-4567 東京都○○区○○1-2-3
	氏名	(フリガナ) ケンポ / (氏) 健保	(フリガナ) タロウ / (名) 太郎			日中連絡先 ○○（ △△ ）××

被保険者確認欄	□ 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	氏名	(フリガナ) ケンポ / (氏) 健保	イチロウ / (名) 一郎	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 06年07月22日	性別 1.男 2.女
				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 00年02月01日	理由	就職

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) / (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別 1.男 2.女
				個人番号		
	続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成 9.令和 年 月 日	理由	

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

日本毛織健康保険組合