

申請書は、必ずダウンロードしてからご使用ください。ブラウザ上で直接入力すると、文字化けする場合があります。

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

- ①削除する被扶養者が資格確認書をお持ちの時は、資格確認書を返却してください。
資格確認書を滅失したときは、「健康保険資格確認書滅失届」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。

	年	月	日
提出年月日	9.令和		

被 保 険 者 欄	被保険者の 記号		被保険者の 番号		生年月日	5.昭和 7.平成				備考			
	社員番号					住所	〒					—	
	(フリガナ)												
	氏名	(氏)					(名)						
											電話番号	—	—

▼資格喪失証明書について
就職等、新しい健康保険に加入済の方は、発行の必要はございません。その他事由(国保加入等)で使用する方のみ☑してください。

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)		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	9.令和				理由			

被 扶 養 者 欄	氏名	(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	9.令和				理由			

被 扶 養 者 欄	氏名	(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	9.令和				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

記入例

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

- ①削除する被扶養者が資格確認書をお持ちの時は、資格確認書を返却してください。
資格確認書を滅失したときは、「健康保険資格確認書滅失届」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	8	4	15
-------	------	---	---	----

被保険者欄	被保険者の記号	11	被保険者の番号	1234	生年月日	7	5.昭和 7.平成	10	11	22	備考	
	社員番号	123456				住所	〒 111 1234 ●●市●●●1-1-1					
	(フリガナ)	ケンボ	タロウ	電話番号	*** - **** - ****							
	氏名(氏)	健康	太郎									

▼資格喪失証明書について
就職等、新しい健康保険に加入済の方は、発行の必要はございません。その他事由(国保加入等)で使用する方のみ☑してください。

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)	〒 111 2222 ●●市●●●1-1-1	

被扶養者欄	(フリガナ)	ケンボ	(名)	イチロウ	生年月日	7	5.昭和 7.平成 9.令和	30	12	12	性別	1	1.男 2.女
	氏名(氏)	健保	(名)	一郎	個人番号								
	続柄	長男	被扶養者から除かれた日	9.令和	8	4	1	理由	収入増加のため				

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

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