



健康保険 被扶養者異動届

常務理事	事務長		係

< 被扶養者を削除する(資格確認書の交付者は要返却) >

被保険者(あなた)について、太枠内に記入してください

健康保険の記号「3」の方は健保組合へ提出
健康保険の記号「7～5010」の方は各事業会社の人事部門へ提出

健康保険 の記号番号	記号	番号	被保険者 の氏名	性別			資格取得日(入社日)	事業所名称 および 代表者名			
				男	S	H	R				
			生年月日	S	H	年	月	日	女		
所属事業所 (連絡先)	株式会社			被保険者 の住所	〒			提出日			
	支店				課				令和 年 月 日		
所属TEL ()		※休職中の方は 個人用携帯・自宅TELを記入									
会社携帯 ()											

今回、削除となる被扶養者(家族)について、太枠内に記入してください

被扶養者氏名	性別	続柄 ※	生年月日	年齢	住所	同居 別居	<記入例を確認のうえ記入> 被扶養者で なくなった日	理由	健保記入欄 削除日
フリガナ	男 女		S	歳	〒	同居 別居	R		R
フリガナ	男 女		S	歳	〒	同居 別居	R		R
フリガナ	男 女		S	歳	〒	同居 別居	R		R
フリガナ	男 女		S	歳	〒	同居 別居	R		R

フリガナは丁寧に記入してください

※続柄は夫・妻・長男・長女等の名称で記入してください