

インプット	保険証	削除証明書



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(保険証・資格確認書 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 女	S・H・R 				
			生年月日	S・H	年	月	日		
所属事業所 (連絡先)	株式会社		部	被保険者の 住所	〒				
	支店		課						
	所属TEL ()	※休職中の方は 個人用携帯・自宅TELを記入							
会社携帯 ()							提出日		
						令和	年	月	日

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	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・H・R		〒	同居 別居	R 		R
			歳						
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R 		R
			歳						
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R 		R
			歳						
フリガナ	男 女		S・H・R		〒	同居 別居	R 		R
			歳						

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