インプット	保険証	削除証明書		
< 被扶養者を削除す				
被保険者(あなた)について、太枠内に				



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) >

健康保険の記号「3」の方は健保組合へ提出 記入してください 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 番号 資格取得日(入社日) 事業所名称 および 代表者名 記号 被保険者 日興 太郎 •(H)• R 男 健康保険 SMBC日興証券に在籍の方(記号「3」) の氏名 の記号番号 は、直接 健保組合へ提出してください。 3 1234567 10 (社内便・郵送どちらでも可) 生年月日 S → H **55** 月 年 4 日 他事業所に在籍の方(記号「7~5010」) 株式会社 は、各事業会社の人事部門へ提出して ください。 課被保険者 支店 所属事業所 (連絡先) の住所 ●●県●●市●●町▲-▲-▲ 提出日 ※休職中の方は 個人用携帯・自宅TELを記入 年 10 令和 4 月

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 被扶養者で 健保記入欄 被扶養者氏名 住居 性別 続柄 年齢 住所 牛年月日 理由 なくなった日 削除日 フリカ゛ナ ニッコウ ハナコ $(S) \cdot H \cdot R$ 男 同居 就職 妻 40 59 | 10 日興 花子 (女) ●●県●●市●●町▲-▲-▲ 別居 フリガナ $S \cdot H \cdot R$ 子の申請の場合は「長男、二男、長女、二女」等 今回の削除に関して、理由を記入してください 正確な続柄を記入してください 例) 就職、勤務先健保加入、離婚、 フリガナ $S \cdot H \cdot R$ 男 収入限度超過(収入内容)※、 扶養の変更、結婚、等 女 フリガナ $S \cdot H \cdot R$ ※収入限度超過の方は、一時所得か否かが 男 分かるよう、収入の内容を記入してください 女