

記入例

健康保険被扶養者異動(削除)届

◎ 太枠内のみ被保険者が記入または○印をつけて下さい。
 ◎ この届出には必ず、対象者の健康保険被保険者証カードを添付して下さい。
 ◎ 高齢受給者証・限度額適用認定証等の交付を受けておられる場合は添付して下さい。

被保険者証		被保険者の氏名		生年月日				被保険者の住所			職場連絡先	
記号	番号	氏名	氏名	年	月	日	年	月	日	部課	TEL	
〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇	健保	太郎	昭 平	〇	〇	〇	〇	〇	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇〇1-2-3	〇〇〇〇(株)〇〇〇工場 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇	
削除する被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄 (例：妻、長男、 二男、父、義父等)	被扶養者でなくなった理由		被扶養者でなくなった日			被保険者証回収区分 ※健保使用欄	
氏 健保	名 花子	昭 平	年 〇	月 〇	日 〇	男・ 女	妻	就職・結婚・退職・死亡 失業給付受給 その他()	年 〇	月 〇	日 〇	添付・減失 回収日： /
フリガナ ケンポ	ハナコ	昭 平	年 〇	月 〇	日 〇	男・ 女	妻	就職・結婚・退職・死亡 失業給付受給 その他()	年 〇	月 〇	日 〇	添付・減失 回収日： /
氏	名	昭 平	年 〇	月 〇	日 〇	男・ 女		就職・結婚・退職・死亡 失業給付受給 その他()	年 〇	月 〇	日 〇	添付・減失 回収日： /
フリガナ		昭 平	年 〇	月 〇	日 〇	男・ 女		就職・結婚・退職・死亡 失業給付受給 その他()	年 〇	月 〇	日 〇	添付・減失 回収日： /
氏	名	昭 平	年 〇	月 〇	日 〇	男・ 女		就職・結婚・退職・死亡 失業給付受給 その他()	年 〇	月 〇	日 〇	添付・減失 回収日： /
フリガナ		昭 平	年 〇	月 〇	日 〇	男・ 女		就職・結婚・退職・死亡 失業給付受給 その他()	年 〇	月 〇	日 〇	添付・減失 回収日： /

事業主記入欄	<input checked="" type="checkbox"/> 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話
事業主受付日 年 月 日	

削除日： 年 月 日

健保受付日

台帳記入者	担当	G L	事務長	常務理事