

<b>正 副</b>	健康保険被扶養者（異動）届	常務理事	事務長	担当	担当
	<b>削除</b>	事業所	担当		

被保険者欄	①記号一番号	—	②氏名		③社員番号	
	④住所					

被扶養者欄①	⑤続柄 【妻/長男/ 二女など】		⑥氏名	フリガナ	⑦性別	昭平令	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		⑧生年 月日		
	⑨削除 年月日 ※2	令	年	月	日	⑩削除 事由	<input type="checkbox"/> 就職（就職日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑪喪失証明書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※抹 健保 記入 欄 ※日		令和	年	月	日	

被扶養者欄②	⑫続柄 【妻/長男/ 二女など】		⑬氏名	フリガナ	⑭性別	昭平令	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		⑮生年 月日		
	⑯削除 年月日 ※2	令	年	月	日	⑰削除 事由	<input type="checkbox"/> 就職（就職日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始※1 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
⑱喪失証明書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※抹 健保 記入 欄 ※日		令和	年	月	日	

被扶養者欄③	⑲続柄 【妻/長男/ 二女など】		⑳氏名	フリガナ	㉑性別	昭平令	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		㉒生年 月日		
	㉓削除 年月日 ※2	令	年	月	日	㉔削除 事由	<input type="checkbox"/> 就職（就職日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
㉕喪失証明書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※抹 健保 記入 欄 ※日		令和	年	月	日	

被扶養者欄④	㉖続柄 【妻/長男/ 二女など】		㉗氏名	フリガナ	㉘性別	昭平令	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		㉙生年 月日		
	㉚削除 年月日 ※2	令	年	月	日	㉛削除 事由	<input type="checkbox"/> 就職（就職日 年 月 日） <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給開始 <input type="checkbox"/> 収入逆転 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡（死亡日 月 日） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
㉜喪失証明書	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		※抹 健保 記入 欄 ※日		令和	年	月	日	

**【注意点】**

※1雇用保険受給開始（給付金受給開始）で削除する場合・・・受給開始日の印字された資格者証（両面）の写しを添付  
 ※2就職/給付金受給開始/離婚/で削除する場合の削除年月日・・・就職日/受給開始日/離婚日の当日  
 死亡で扶養削除する場合の抹消年月日・・・死亡日の翌日

事業主記入欄	事業所の所在地	受付印 確認印
	名称	
	氏名	