

資格を削除した場合は必ず保険証を添付してください

健康保険被扶養者（異動）届

保険証の記号・番号を必ず記入してください

常務理事	事務長	係	係

被保険者欄	被保険者証の記号	○ ○	被保険者証の番号	○ ○	生年月日	昭和 平成	年	月	日	備考		
	氏名	(フリガナ) ミエ (氏) 三重	(名) イチロウ (氏) 一郎				5	5	0	5	0	5
	住所	〒 514 - 0000 津市○○町△△△△										

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ミエ (氏) 三重	(名) ハナオ (氏) 花男	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	女
	続柄	長男	職業 (学校名・学年) 会社員	年間収入額 (今後の見込額等) 1,500,000円	住所	同居	別居の場合 〒				
	被扶養者から除かれた日	平成	年	月	日	被扶養者になった日	平成	年	月	日	備考
	理由 (詳しく)	就職したため									

削除の場合は個人番号の記載は不要です

就職した年月日(削除年月日を必ず忘れずに記入してください)
就職された場合、交付された保険証の写しを添付してください

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	女
	続柄		職業 (学校名・学年)		年間収入額 (今後の見込額等)	円	住所	同居	別居の場合 〒			
	被扶養者から除かれた日	平成	年	月	日	被扶養者になった日	平成	年	月	日	雇用保険受給の有無	請求予定・延長中・無
	理由 (詳しく)	備考										

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	女
	続柄		職業 (学校名・学年)		年間収入額 (今後の見込額等)	円	住所	同居	別居の場合 〒			
	被扶養者から除かれた日	平成	年	月	日	被扶養者になった日	平成	年	月	日	雇用保険受給の有無	請求予定・延長中・無
	理由 (詳しく)	備考										

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	女
	続柄		職業 (学校名・学年)		年間収入額 (今後の見込額等)	円	住所	同居	別居の場合 〒			
	被扶養者から除かれた日	平成	年	月	日	被扶養者になった日	平成	年	月	日	雇用保険受給の有無	請求予定・延長中・無
	理由 (詳しく)	備考										

事業主の証明	上記事実と相違ないことを証明します
事業所所在地	〒 500 - 0000
名称	三重県○○市○○町○○
事業主氏名	株式会社○○○○
電話番号	代表取締役社長 ○○○○
	○○○ (○○○) ○○○○

健康保険資格削除証明書	<input type="checkbox"/> 発行希望する
平成 年 月 日 提出	受付印
必要な場合は必ず 印を	