

常務理事		

健康保険被扶養者(削除)届

被保険者の記号	健康保険被保険者番号	被保険者氏名 (氏) (名)	被保険者氏名 (氏) (名)	印	健康保険 資格喪失証明書の要・不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要(下記に証明書の送付先を記入) <input type="checkbox"/> 不要	電話番号 内線) 自宅) 携帯)
---------	------------	-------------------	-------------------	---	---	---------------------------

被扶養者欄	被扶養者の氏名 (氏) (名)	性別 男 女	続柄	扶養しなくなつた年 月 日 平成 年 月 日 令和	扶養しなくなつた理由 (該当に✓してください) <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増(国保に加入) <input type="checkbox"/> 勤務先で健康保険制度に加入 <input type="checkbox"/> その他()	※この欄は記入不要です	
						削除年月日	証回収
	(氏) (名)	男 女		平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増(国保に加入) <input type="checkbox"/> 勤務先で健康保険制度に加入 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日削除	添付 滅失 返不能 未発行
	(氏) (名)	男 女		平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増(国保に加入) <input type="checkbox"/> 勤務先で健康保険制度に加入 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日削除	添付 滅失 返不能 未発行
	(氏) (名)	男 女		平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増(国保に加入) <input type="checkbox"/> 勤務先で健康保険制度に加入 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日削除	添付 滅失 返不能 未発行
	(氏) (名)	男 女		平成 年 月 日 令和	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 収入増(国保に加入) <input type="checkbox"/> 勤務先で健康保険制度に加入 <input type="checkbox"/> その他()	令和 年 月 日削除	添付 滅失 返不能 未発行

上記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので確認の上提出します

所在地 事業所名 事業主名 電話番号	印
-----------------------------	---

受付印

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--