

常務理事		

健康保険 資格喪失証明書*が必要な場合は
に✓を入れ、証明書の送付先住所をご記入
 ください

*被扶養者でなくなったことを証明するもので、主に国民健康保険に加入するときなどに必要となります

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	被保険者(社員のお名前)を 記入し、 ㊟ に押印ください。	不要	電話番号
		保険証の記号・番号をご記入 ください。	<input type="checkbox"/> 要(下記に証明書の送付先を記入)	<input type="checkbox"/> 不要	内線) ----- 自宅) ----- 携帯)

被扶養者欄	被扶養者の氏名	性別	続柄	扶養しなくなった 年 月 日	扶養しなくなった理由 (該当に✓してください)	※この欄は記入不要です 削除 年 月 日 証回収
	(氏)	フリガナをご記入 ください。 氏名(漢字)をご記入 ください。	男		平成 令和 年 月 日	<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()
(氏)	(名)	男 女		平成 令和 年 月 日	<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 減失 返不能 未発行
(氏)	(名)	男 女		平成 令和 年 月 日	<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 減失 返不能 未発行
(氏)	(名)	男 女		平成 令和 年 月 日	<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 減失 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	㊟
-----------------------------	---

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

受 付 印