

資格を削除した場合は必ず被保険者証を添付してください

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者証の記号・番号を必ず記入してください

常務理事	業務課長	係	係

被保険者欄	被保険者証の記号	〇〇	被保険者証の番号	〇〇	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	備考
	(フリガナ) 氏名)	ミエ	イチロウ		〒	514	-	0000		
		三重	一郎		住所	津市〇〇町△△△△				

被扶養者でない配偶者の有無 有・無 有の場合は配偶者の収入額（年収） 円

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ミエ (氏) 三重	(名) ハナオ 花男	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	性別	<input checked="" type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 同居 別居の場合 〒 -						
	被扶養者から除かれた日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	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)	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、交付された被保険者証の写しを添付してください

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	(名)	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	性別	男 女		
	続柄	(学校名・学年)	(今後の見込額等) 円	住所	<input type="radio"/> 同居 別居の場合 〒 -							
	被扶養者から除かれた日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	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)	(名)	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	性別	男 女		
	続柄	(学校名・学年)	(今後の見込額等) 円	住所	<input type="radio"/> 同居 別居の場合 〒 -							
	被扶養者から除かれた日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	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)	(名)	生年月日	昭和・平成 令和	年	月	日	性別	男 女		
	続柄	(学校名・学年)	(今後の見込額等) 円	住所	<input type="radio"/> 同居 別居の場合 〒 -							
	被扶養者から除かれた日	令和	年	月	日	被扶養者になった日	令和	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	三重県〇〇市〇〇町〇〇 株式会社〇〇〇〇 代表取締役社長 〇〇〇〇
事業主氏名	
電話番号	059 (〇〇〇) 〇〇〇〇

健康保険資格削除証明書 発行希望する

受付印

令和 2年 4月 3日 提出

必要な場合は必ず印を