

正

# 健康保険被扶養者異動届 (削除)

常務理事	事務長	次長	合議	担当
標準報酬月額:			特定被保険者該当:	

被保険者	被保険者証	記号番号	被保険者の氏名		性別	生年月日
	1 2 3 4 -	5 6	健保太郎		男 女	昭和 平成
	被保険者の住所		印			
〒123-4567		〇〇県△△市□□町1-2-3				

扶養 削除者①	被扶養者の氏名		続柄	性別	生年月日
	フリガナ ケンボ イチロウ		長男	男 女	昭和 平成
	健保一郎			7年11月1日	
申請理由が生じた日	被扶養者でなくなる理由				扶養削除日(健保使用欄)
平成 29 年 4 月 1 日	①.就職 2.失業給付受給開始 3.収入基準超過 4.他の扶養者になる 5.別居 6.後期高齢者該当 7.死亡 8.その他( )				

扶養 削除者②	被扶養者の氏名		続柄	性別	生年月日
	フリガナ			男 女	昭和 平成
	年 月 日				
申請理由が生じた日	被扶養者でなくなる理由				扶養削除日(健保使用欄)
平成 年 月 日	1.就職 2.失業給付受給開始 3.収入基準超過 4.他の扶養者になる 5.別居 6.後期高齢者該当 7.死亡 8.その他( )				

扶養 削除者③	被扶養者の氏名		続柄	性別	生年月日
	フリガナ			男 女	昭和 平成
	年 月 日				
申請理由が生じた日	被扶養者でなくなる理由				扶養削除日(健保使用欄)
平成 年 月 日	1.就職 2.失業給付受給開始 3.収入基準超過 4.他の扶養者になる 5.別居 6.後期高齢者該当 7.死亡 8.その他( )				

事業所所在地 ○ ○ ○ ○ ○

事業所名称 ○ ○ ○ ○ ○

事業主氏名 ○ ○ ○ ○ ○

電話番号 (0123)-456-7890

公印

平成 29 年 4 月 3 日

被保険者の届出について  
相違ないことを確かめ提出します。

確認決定印

受付印

事務担当者  
確認印

農協

※ご記入いただいた個人情報は、健康保険に関する手続きにのみ利用させていただきます。