

健康保険
被扶養者異動届（削除）

令和 6 年 12 月 5 日提出

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

事業主記入欄	事業所所在地	〒 123 - 4567 滋賀県〇〇市〇〇町〇-〇
	事業所名称	〇〇農業協同組合
	事業主氏名	代表理事理事長〇〇 〇〇
	電話番号	1234 - 56 - 8900
確認欄	この届出については、①又は②の条件を満たしたものである。	
☒	①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。	

確認決定印	受付印
被保険者より事業所担当者へ提出がありましたら、必ず記載内容の確認をお願いします。 内容や回収する証等に不備がなければ、事業所記入欄の確認欄に☒をして提出してください。	

被保険者	被保険者等 記号番号	1234 500	記号番号が分からない場合は個人番号を記入してください。	※記載の場合は添付書類（裏面参照）が必要です。	氏名	伊吹 一郎	性別	☒ 1. 男 2. 女
	生年月日	☒ 5. 昭 38 年 10 月 28 日 7. 平	住所	〒 122 - 1221 滋賀県〇〇郡〇〇町〇〇番地				

扶養削除者 1	① 氏名	(フリガナ) イブキ セツコ 伊吹 節子	② 生年月日	☒ 5. 昭 40 年 5 月 30 日 7. 平 9. 令	③ 性別	1. 男 ☒ 2. 女	④ 続柄	妻
	⑤ 申請理由が生じた日	令和 6 年 12 月 1 日	⑥ 被扶養者でなくなる理由	☒ 1. 就職（資格取得） 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（ ）				
	⑦ 回収	資格確認書 1. 添付 2. 滅失	⑧ 備考					

扶養削除者 2	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	年 月 日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 申請理由が生じた日		⑥ 被扶養者でなくなる理由	☒ 1. 就職（資格取得） 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（ ）				
	⑦ 回収	資格確認書 1. 添付 2. 滅失	⑧ 備考	扶養削除日（健保使用欄）				

扶養削除者 3	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	年 月 日	③ 性別	1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 申請理由が生じた日	令和 年 月 日	⑥ 被扶養者でなくなる理由	☒ 1. 就職（資格取得） 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（ ）				
	⑦ 回収	資格確認書 1. 添付 2. 滅失	⑧ 備考	扶養削除日（健保使用欄）				