

健康保険 被扶養者異動届（削除）

令和 年 月 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	〒 -
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	
	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。
	<input type="checkbox"/>	

確認決定印	受付印
-------	-----

社会保険労務士記載欄	
------------	--

被保険者	被保険者等記号番号		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		性別	1. 男 2. 女
	生年月日	5. 昭 7. 平	年	月	日	住所	〒 -	

扶養削除者1	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭 7. 平 9. 令	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					

扶養削除者2	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭 7. 平 9. 令	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					

扶養削除者3	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭 7. 平 9. 令	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					

記入上の注意

○被保険者欄

- ・被保険者等記号・番号 : 資格取得時に払い出しされた被保険者記号・番号を記入してください。わからない場合は個人番号を
してください。
- ・氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ・生年月日 : 年号は該当するものを○で囲んでください。
- ・性別 : 該当するものを○で囲んでください。
- ・住所 : 住民票の住所を記入してください。

○扶養削除者欄

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。
- ④続柄 : 被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「長男」、「長女」、「父」、「母」等と記入してください。
- ⑥被扶養者でなくなる理由 : 被扶養者とならなくなった理由を○で囲んでください。
- ⑦回収 : 有効な資格確認書等を添付してください。
有効な資格確認書等を滅失した場合は「証関係滅失再交付申請書」を提出してください。
※有効期限を過ぎた資格確認書等の返納は必要ありません。
※経過措置期間中（令和7年12月1日まで）は、被保険者証が交付されている場合は返納が必要です。

添付書類

- 発行している有効期限内のすべての証（資格確認書、限度額適用認定証等）を添付し返納してください。

- ◆ 申請書に被保険者の個人番号（マイナンバー）を記載した場合 ◆
（被保険者の記号番号を記入した場合は個人番号の記載は不要です。）
- ・本人確認書類
 - マイナンバーカード（個人カード）をお持ちの場合
マイナンバーカードの表面・裏面の両方のコピーを添付してください。
 - マイナンバーカードをお持ちでない場合
以下の添付書類①②を申請書に添付してください。
 - ①個人番号確認書類の写し いずれか1点
 - ・通知カード
 - ・住民票（マイナンバー記載のあるもの）
 - ・住民票記載事項証明書（マイナンバーの記載のあるもの）
 - ②身元確認書類（顔写真付きの身分証の写し） いずれか1点
 - ・運転免許証
 - ・パスポート
 - ・その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー