

常務理事	事務長		担当

健康保険 被扶養者異動届 (削除)

①削除する被扶養者の資格確認書を添付してください。

資格確認書を滅失したときは、「資格確認書 滅失・破損 再交付申請書」を添付してください。

②雇用保険受給開始による削除の場合は、受給開始日が印字された雇用保険受給資格者証(両面)のコピーを添付してください。

提出年月日	令和 年 月 日
-------	----------

被保険者欄	被保険者記号		被保険者番号		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	社員番号				住所	〒
	氏名 (フリガナ)		(氏)	(名)		
					日中連絡先	()

被保険者確認欄	<input type="checkbox"/>	資格喪失証明書の発行を希望します
⇒喪失証明書の送付先 (被保険者住所と同じなら不要)	〒	

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)				
続柄		被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	理由		

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)				
続柄		被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	理由		

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)				
続柄		被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	理由		

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)	(名)				
続柄		被扶養者から除かれた日	令和 年 月 日	理由		

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

社会保険労務士の代行者
セールスフォース健康保険組合

受付日付印