

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6年12月5日						
被保険者欄	被保険者記号	2000	被保険者番号	〇〇〇〇〇	生年月日	昭和45年5月1日	
	社員番号	〇〇〇〇〇			住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3	
	(フリガナ)氏名	ケンボ	(名)	タロウ		日中連絡先	03 (△△△△) ××××
	(氏)氏名	健保	(名)	太郎			

被保険者確認欄	☐	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	(フリガナ)氏名	ケンボ	(名)	イチロウ	生年月日	平成10年4月9日	性別	1.男 2.女
	(氏)氏名	健保	(名)	一郎				
	続柄	長男	被扶養者から除かれた日	令和6年12月1日	理由	就職		

被扶養者欄	(フリガナ)氏名		(名)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)氏名		(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	(フリガナ)氏名		(名)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)氏名		(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	(フリガナ)氏名		(名)		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
	(氏)氏名		(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