

健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証を添付してください。

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号番号	1	被保険者 氏名	フガナ ケンボ タロウ				生年月日			性別	資格取得年月日		
	2345678		健保 太郎	昭和	年	月	日	男	平成	年	月	日	
被保険者 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1				電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			標準報酬 月額	千円 5 3 0			

異動の別	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業 又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	扶養をしなくなった日	理由	備考	
減少	フガナ (氏)	ケンボ ハナコ (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	妻 パート	200万 円	同居 別居	令和 平成	年 月 日	就職	喪失証明書 発行希望
減少	フガナ (氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日	男 女		円	同居 別居	令和 平成	年 月 日		
減少	フガナ (氏)	(名)										
減少	フガナ (氏)	(名)										
減少	フガナ (氏)	(名)										

「扶養をしなくなった日」の日付について

- ご就職の場合・・・ご就職先の新しい保険証に印字された資格取得日
※入社日、印字日ではありません。
- 被扶養者の収入が認定基準額を超えた場合・・・基準額を超えることが分かった日
※例) 基準額・・・直近三ヶ月の給与の平均が108,334円(130万÷12ヶ月)(60歳未満の場合)
60歳以上の方は150,000円(180万÷12ヶ月)
- 雇用保険の失業給付が始まった場合・・・失業給付の受給開始日
- 離婚した場合・・・離婚日
- その他・・・原則、その事象の発生日(他の方の被扶養者になる等)

喪失証明書をご希望される場合はこちらにご記入ください。(送付先は上記被保険者住所になります)

事業主の 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電話

社会保険労務士の提出代行記載欄

給付証の写しを添付してください。
令和 年 月 日提出

受付日付印

※喪失証明書発行希望の場合は備考欄へその旨ご記入ください。