

健康保険被扶養者(削除)届

① 健康保険の記号	② 健康保険の番号	③ 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)	④ 生 年 月 日 昭和 年 月 日 平成	⑤ 性別 男・女	⑥ 異動の別 削除	⑦ 資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	⑧ 標準報酬月額 千円
被 保 険 者 の 住 所		〒		備 考			

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

※健保記入欄		⑨被扶養者の氏名		⑩生年月日			⑪性別	⑫続柄	⑬被扶養者の状態及び収入額	⑭削除の理由	⑮被扶養者でなくなった日(就職の場合は就職した日)	備考
減	削除	(フリガナ)		昭 平 令	年	月	日	男・女	(年収 円)		令和	
		(氏)	(名)								年	
減	削除	(フリガナ)		昭 平 令	年	月	日	男・女	(年収 円)		令和	
		(氏)	(名)								年	
減	削除	(フリガナ)		昭 平 令	年	月	日	男・女	(年収 円)		令和	
		(氏)	(名)								年	
減	削除	(フリガナ)		昭 平 令	年	月	日	男・女	(年収 円)		令和	
		(氏)	(名)								年	
減	削除	(フリガナ)		昭 平 令	年	月	日	男・女	(年収 円)		令和	
		(氏)	(名)								年	

上記の記入事項は事実に相違ありませんので届出します。		令和 年 月 日	受 付 印
被保険者 氏 名		(印)	
上記のとおり相違ないことを証明します。			受 付 印
事業所	所在地 〒		
名 称	事業主氏名	(印)	
電 話			

記入の方法

1. ④及び⑩の生年月日は、該当する年号を○で囲み、昭和51年6月7日の場合は、「51 06 07」のように記入してください。
2. ⑤及び⑪の性別は、該当する文字を○で囲んでください。
3. ⑦の取得年月日は、該当する年号を○で囲み、平成31年4月1日資格取得の場合は、「31 04 01」のように記入してください。
4. ⑧の標準報酬月額は、この届を提出するときの月額を記入してください。
5. ⑨の被扶養者の氏名には、必ずフリガナをふってください。
6. ⑫の続柄は、被保険者との続柄を「夫」・「妻」・「長女」・「父」・「祖父」・「祖母」・「妻の母」・「内縁の妻」のように記入してください。
7. ⑭の削除の理由は、「就職」・「離婚」・「死亡」などと記入してください。死亡の場合は、死亡日の翌日が削除日となります。
8. 失業保険の受給開始による削除の場合は、支給開始日が記載された「雇用保険受給資格者証」のコピーを添付してください。
9. 削除対象者の健康保険被保険者証を添付してください。(70歳以上の方は、健康保険高齢受給者証を併せて添付してください。)