

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	年	月	日	男・女	(年収 円)		令	
		(氏)	(名)	平							和	
減	削除	(フリガナ)		昭	年	月	日	男・女	(年収 円)		令	
		(氏)	(名)	平							和	
減	削除	(フリガナ)		昭	年	月	日	男・女	(年収 円)		令	
		(氏)	(名)	平							和	
減	削除	(フリガナ)		昭	年	月	日	男・女	(年収 円)		令	
		(氏)	(名)	平							和	
減	削除	(フリガナ)		昭	年	月	日	男・女	(年収 円)		令	
		(氏)	(名)	平							和	

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			
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		
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。)

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。