

在職の方は、事業主人事部へご提出ください。
 任継の方は、直接健保宛にご提出ください。

※申請する被扶養者の保険証を添付してください。

証明書は、被保険者住所宛に送付いたします。

提出日	令和 1 年 5 月 1 日		*被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印を省略できます。													
被保険者証 記号番号	記号	1	被保険者 氏名	ケンボ タロウ												
	番号	12345		健保 太郎												
社員番号	90082		昭和		平成		生年月日			性別		扶養削除証明書		資格取得年月日		
被保険者 住所	〒 222-8562		昭和		平成		3 4 5			男 女		必要 不要		平成		
	神奈川県横浜市港北区新横浜〇-〇-〇													令和		
電話番号		045-〇〇〇-〇〇〇〇		標準報酬月額									千円			

*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の種類	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養をしなくなった日	異動理由 *その他は備考欄に 理由を記入	備考	扶養削除日
減少	ケンボ ハナ 健保 花	昭和 平成 令和 2 1 2 1 2	男	妻	会社員	250万	同居	平成 令和 3 1 4 3 0	1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給 6.その他 開始		平成 令和
減少									1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給 6.その他 開始		
減少									1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給 6.その他 開始		平成 令和
減少									1.就職 4.離婚 2.収入超過 5.死亡 3.雇用保険受給 6.その他 開始		平成 令和

扶養をしなくなった日(事由発生日)を記入してください。

就職: 就職日
 離婚: 離婚日
 死亡: 死亡日の翌日
 雇用保険受給開始: 雇用保険受給開始日
 その他の理由: 原則、事由発生日

異動理由が
6.その他 の場合は、備考欄に具体的な届出の
理由を記入してください。

事業主の証明	令和 年 月 日
事業所	事業主が証明する欄 (任継(保険証記号 99)の方は不要です)
事業所	
事業主	
電話番号	

提出期限 異動を生じた日から5日以内

* 被扶養者減少の場合: 対象者の被保険者証を添付してください。

受付日付印