

常務理事		事務長		係	
------	--	-----	--	---	--

健康保険被扶養者（異動）届【削除申請用】

※健保記入欄 被保険者の報酬月額	千円
---------------------	----

令和 年 月 日提出

被保険者証 記号・番号	記号	番号	被保険者の氏名				性別 男・女	被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	被保険者の年収 円
			フリガナ							
被保険者の住所	〒 ー					事業所 (会社)名	所属 TEL			
削除する被扶養者の氏名	性別	続柄 (※1)	被扶養者の生年月日	年齢	同居 別居	住民票 住所	異動日	届出理由	備考	※健保記入欄
	男		昭・平 令 . .		同居	同	令和 年 月 日	就職・死亡・離婚・パート等勤務先で保険加入 雇用保険受給・収入増加・国保加入・その他		削除年月日 令和 . .
	女		昭・平 令 . .		別居	別	令和 年 月 日	就職・死亡・離婚・パート等勤務先で保険加入 雇用保険受給・収入増加・国保加入・その他		削除年月日 令和 . .
	男		昭・平 令 . .		同居	同	令和 年 月 日	就職・死亡・離婚・パート等勤務先で保険加入 雇用保険受給・収入増加・国保加入・その他		削除年月日 令和 . .
	女		昭・平 令 . .		別居	別	令和 年 月 日	就職・死亡・離婚・パート等勤務先で保険加入 雇用保険受給・収入増加・国保加入・その他		削除年月日 令和 . .

◆提出される前に記入もれがないか確認してください。※1「子」の申請の場合の続柄は「長男」「長女」のように記入してください。

◆削除する被扶養者の保険証を添付してご提出ください。新しい保険証が交付された場合は、必ずコピーを添付してください。新しい保険証の資格取得年月日が扶養削除日になります。

◆配偶者が被扶養者でなくなる場合で、子供等他の被扶養者を引き続き扶養するときは、その理由(妻より自分の方が年収が多いため等)を  
右記に記入してください。被保険者・配偶者双方の年収がわかる書類をご提出いただく場合がございますのでご了承願います。

[ ]

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	上記記載内容に相違ありません。 令和 年 月 日	事業所担当者	H C 担当者

セイコー健康保険組合

202106 改