

**記入例**

**健康保険被扶養者異動届（削除用）**

この届は、被扶養者が届出事由に該当するようになったときから5日以内に使わなくなった証明書を添付し、事業主を通じて健康保険組合へ提出してください。

1 枚中 1 枚目

<input checked="" type="checkbox"/> 記入漏れはありませんか？ <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書等の使わなくなった証明書は添付しましたか？		① 提出日	令和 8 年 3 月 5 日		
資格情報の		※記号番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書 のいずれかでご確認ください。			
② 記号	1234	番号	123456		
③ 氏名	健保 太郎		④	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
住民票登録住所		〒 123 - 5678 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地〇 □□□マンション202号室			
⑥ 会社名 (事業所名)	名称	株式会社〇〇〇〇	所属	工場・支社・事業所	部署名
				〇〇工場	〇〇部〇〇課〇〇組
⑦ 氏名 (略字不可)	フリガナ: ケンポ タケン 健保 たけし		⑧ 性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
⑨ 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	年 月 日	14 6 3	続柄	長男
⑪ 異動事由	<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入オーバー <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 死亡 → (死亡日: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
⑫ 異動年月日	令和	年 月 日	8 3 1	健保記入欄 削除日 令和 年 月 日	
⑬ 資格喪失証明書の交付を	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない				
被扶養者	氏名 (略字不可)	フリガナ:		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	続柄	
	⑪ 異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入オーバー <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input checked="" type="checkbox"/> 死亡 → (死亡日: R8.12.10 ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	⑫ 異動年月日	令和	年 月 日	健保記入欄 削除日 令和 年 月 日	
	資格喪失証明書の交付を	<input type="checkbox"/> 希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない			
被扶養者	③ 氏名 (略字不可)	フリガナ:		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	続柄	
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入オーバー <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 死亡 → (死亡日: ) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	異動年月日	令和	年 月 日	健保記入欄 削除日 令和 年 月 日	
	資格喪失証明書の交付を	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない			

事業主記入欄

被保険者は記入しないでください

事業所記入欄

被保険者は記入しないでください

健保記入欄

被保険者は記入しないでください