

# 健康保険被扶養者異動 (認定・削除) 届

提出日：令和 5 年 2 月 1 日

健保決裁日	常務理事	事務長	担当
令和 年 月 日			

被 保 険 者 欄	会社名	アムジェン株式会社			※太枠内を記入すること					
	保険証の 記号	125	保険証の 番号	12345	氏名	アステラス太郎			生年月日	昭平 44 年 1 月 14 日
	現住所	〒								

申請 対 象 者 欄	フリガナ(50文字以内)	性別	コード 続柄	生年月日				職業	今後の 見込年収額	世帯の別	申請事由 発生年月日				申請理由	*資格喪 失証明書
	氏名(12文字以内)			年	月	日					年	月	日			
	アステラス 花子	男	2 0 S	44	1	21	なし	0円	同居 別居	H R	5	2	1	離職をした為	要 不要	
		女	妻													
		男														
		女														
		男														
		女														
		男														
		女														

- 1 注意事項の詳細は裏面をご一読ください
- 2 認定届：生計依存関係調書と共に添付書類を提出してください(添付書類一覧表にて確認)
- 3 削除届：削除する方の被保険者証(保険証)を添付してください
- \* 4 削除届：資格喪失証明書の要・不要に○をつけてください
- 5 提出先：給与・社会保険関連の業務委託先宛(社内イントラをご確認ください)

事業所認定印		受付年月日
課長	係	