健康保険被扶養者（異動）届【削除】

常務理事	事務長	担当者

※対象者の健康保険証は、返却が義務付けられています。遅滞なく返却ください。

被保険者欄	被保険者証の記号		被保険者証の番号		取得年月日 選択してください 年 月 日	性別 □男 □女
	氏名	（フリガナ）（氏）	（名）		生年月日 選択してください 年 月 日	
					住所 〒 -	

被扶養者として申請する者

No.	項目	内容
1	氏名	（フリガナ）（氏）（名）
	生年月日	選択してください 年 月 日
	性別	□男 □女
	続柄	
	被扶養者から除く日	令和 年 月 日
	資格喪失証明書発行依頼	□ 発行を希望する
	被扶養者から除く理由	□ 就職 □ 収入増 □ 離婚 □ 死亡 □ 失業保険受給開始 □ 扶養変更 □ 結婚 □ 海外居住 □ 別居 □ その他（ ）
	削除日（健保欄）	年 月 日
2	氏名	（フリガナ）（氏）（名）
	生年月日	選択してください 年 月 日
	性別	□男 □女
	続柄	
	被扶養者から除く日	令和 年 月 日
	資格喪失証明書発行依頼	□ 発行を希望する
	被扶養者から除く理由	□ 就職 □ 収入増 □ 離婚 □ 死亡 □ 失業保険受給開始 □ 扶養変更 □ 結婚 □ 海外居住 □ 別居 □ その他（ ）
	削除日（健保欄）	年 月 日
3	氏名	（フリガナ）（氏）（名）
	生年月日	選択してください 年 月 日
	性別	□男 □女
	続柄	
	被扶養者から除く日	令和 年 月 日
	資格喪失証明書発行依頼	□ 発行を希望する
	被扶養者から除く理由	□ 就職 □ 収入増 □ 離婚 □ 死亡 □ 失業保険受給開始 □ 扶養変更 □ 結婚 □ 海外居住 □ 別居 □ その他（ ）
	削除日（健保欄）	年 月 日
4	氏名	（フリガナ）（氏）（名）
	生年月日	選択してください 年 月 日
	性別	□男 □女
	続柄	
	被扶養者から除く日	令和 年 月 日
	資格喪失証明書発行依頼	□ 発行を希望する
	被扶養者から除く理由	□ 就職 □ 収入増 □ 離婚 □ 死亡 □ 失業保険受給開始 □ 扶養変更 □ 結婚 □ 海外居住 □ 別居 □ その他（ ）
	削除日（健保欄）	年 月 日

【本届出及び健康保険証の提出先】 在籍者は、所属会社の人事・社会保険担当へ提出となります。
任意継続被保険者は、健保へ直接提出下さい。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（ ）

提出日 年 月 日

受付年月日

上記の日付にて扶養削除いたしました。

日本ヒューレット・パッカード健康保険組合

Rev5.1 （R05.12.01）