

健康 保 組 合	常務理事	事務長	課長	係員	事業所	確認者	担当者

提出日付  
令和〇〇年〇〇月〇〇日

事業所番号 届コード  
0 1 3 1 0

健康保険 被扶養者 認定  
削除  
訂正 届

被 保 險 者 欄	番 号	氏 名 (フリガナ)	生 年 月 日	性別	資格取得年月日	標準報酬月額	雇用区分	備 考
	123456	ケンコウ タロウ 健康 太郎	昭和 平成 〇〇年〇〇月〇〇日	男性 女性	令和〇〇年〇〇月〇〇日	260 千円	1	
	被保険者住所	(フリガナ) トウキョウトマルバツク 〒 000 - 0000 東京都〇×区 1-2-3					電話番号	00(0000)0000

被 扶 養 者 欄	続柄	被扶養者氏名(フリガナ)	性別	生 年 月 日	発 生 年 月 日	同 居 別 居	平均月収	平均年収	職業・収入源 (年金、パート等)	就労形態	認定・削除理由
	妻 2   2	ケンコウ ハナコ 健康 花子	男性 女性	昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	同居 別居	0 万円	0 万円	専業主婦	1ヶ月 日 1日当 時間 1日当 千円
現住所	(フリガナ) 同上 〒 - 資格確認書										
続柄	被扶養者氏名(フリガナ)	性別	生 年 月 日	発 生 年 月 日	同 居 別 居	平均月収	平均年収	職業・収入源 (年金、パート等)	就労形態	認定・削除理由	
		男性 女性	昭和 平成 令和	年 月 日	年 月 日	同居 別居	万円	万円		1ヶ月 日 1日当 時間 1日当 千円	
現住所	(フリガナ) 同上 〒 - 資格確認書										
続柄	被扶養者氏名(フリガナ)	性別	生 年 月 日	発 生 年 月 日	同 居 別 居	平均月収	平均年収	職業・収入源 (年金、パート等)	就労形態	認定・削除理由	
		男性 女性	昭和 平成 令和	年 月 日	年 月 日	同居 別居	万円	万円		1ヶ月 日 1日当 時間 1日当 千円	
現住所	(フリガナ) 同上 〒 - 資格確認書										
被保険者の配偶者の有無	<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">有</span> ・ 無		連絡事項・添付書類								資格確認書の交付希望者は <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください
健康保険 削除証明書	要 ・ 不要		扶養状況表、住民票、所得証明書								

令和 年 月 日 提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

記入不要

決裁日付印

確認日付印

受付日付印

健保受領印
-------