

健保組合	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 年 月 日

事業所番号 届コード

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
			昭和	男性	年 月 日	千円		
			平成	女性	年 月 日			
	被保険者住所	(フリガナ) 〒 -					電話番号	()

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
				男性 女性	昭和 平成 令和	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) 〒 -								<input type="checkbox"/>	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	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) 〒 -								<input type="checkbox"/>	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	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) 〒 -								<input type="checkbox"/>	資格確認書
被保険者の配偶者の有無		有 ・ 無	連絡事項・添付書類								
健康保険 削除証明書		要 ・ 不要	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								

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 ()

決裁日付印

確認日付印

受付日付印

健保受領印