

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				健保組合	常務理事	事務長	課長	係員	事業所	確認者	担当者
氏名 (フリガナ)														
被保険者欄	保険証番号					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 平成	男性 女性	年 月 日	年 月 日	千円				
被保険者住所 (フリガナ)										電話	()			
〒 -														

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	
			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	
			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								

事業所所在地	提出年月日 令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	
電話	()

~~~~~  
決裁日付印

~~~~~  
確認日付印

~~~~~  
受付日付印

|       |
|-------|
| 健保受領印 |
|       |