健康保険 被扶養者（異動）届　【削除】

太枠内を記入してください（選択個所は〇で囲む）。書き損じは訂正印にて訂正ください。

常務理事	事務長		担当

健康保険 記号－番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額
－	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	昭和・平成 年　月　日	男 ・ 女	年　月　日	千円

被保険者住所	携帯 TEL（必ず記入してください）
〒	

区分	扶養から外れる家族の氏名	続柄	生年月日	扶養から外れる日（就職日など）	扶養から外れる理由（該当に〇）	削除連絡票の発行希望（次の健康保険に加入済みの場合は不要です）	健保組合記入欄
削除	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	・就職　・収入の超過　・検認 ・失業手当受給　・生計維持者変更 ・その他（　）	希望する場合は✓ □　希望する	削除日 年　月　日
削除	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	・就職　・収入の超過　・検認 ・失業手当受給　・生計維持者変更 ・その他（　）	希望する場合は✓ □　希望する	削除日 年　月　日
削除	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	・就職　・収入の超過　・検認 ・失業手当受給　・生計維持者変更 ・その他（　）	希望する場合は✓ □　希望する	削除日 年　月　日
削除	(ﾌﾘｶﾞﾅ)		昭和・平成・令和 年　月　日	令和 年　月　日	・就職　・収入の超過　・検認 ・失業手当受給　・生計維持者変更 ・その他（　）	希望する場合は✓ □　希望する	削除日 年　月　日

扶養から外れる家族の「保険証」または「資格確認書」を添付しましたか？ ⇒　□（✓記入）

■上記の個人情報は、当組合のプライバシーポリシーに従い、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付印

事業主	上記の通り相違ありません。　提出日：　年　月　日 印	提出代行者	印

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合