

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○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

保険証 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
-	(フリガナ)		昭和・平成	男・女	年 月 日	千円
	(氏)	(名)	年 月 日			
被保険者住所						携帯 TEL (必須)
〒						

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○)	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	(フリガナ)		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✓ <input type="checkbox"/> 希望する	削除日 年 月 日
削除	(フリガナ)		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✓ <input type="checkbox"/> 希望する	削除日 年 月 日
削除	(フリガナ)		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✓ <input type="checkbox"/> 希望する	削除日 年 月 日
削除	(フリガナ)		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✓ <input type="checkbox"/> 希望する	削除日 年 月 日

扶養から外れる家族の保険証を添付しましたか？ ⇒ (✓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	提出代行者 印	印

スターバックスコーヒージャパン健康保険組合