

正

健康保険 被扶養者異動(削除)届

部長	課長	課長補佐	担当者

健康保険被保険者証		被 保 険 者 の 氏 名
記 号	番 号	
被 保 険 者 の 住 所		〒 電話番号

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	被扶養者資格削除年月日	資格削除原因	保険証回収区分	後期高齢者不該当理由 ※後期高齢者不該当の場合
					7 5 歳到達	1. 添 付 2. 返不能	1. 海外在住 2. 障害認定の撤回

※被扶養者のカナ氏名が印字されていない方は、お手数ですが漢字氏名の上にフリガナを記入してください。

被扶養者の住所	〒 電話番号
住民票登録の住所 ※「被扶養者の住所」欄に記載してある住所 と「住民票」に登録される住所が異なる場合 には、この欄に記入してください。	〒 ー 都 道 府 県 電話番号

※都道府県コード表：住民票登録住所の都道府県に○を付けてください。

01. 北海道	09. 栃木県	17. 石川県	25. 滋賀県	33. 岡山県	41. 佐賀県
02. 青森県	10. 群馬県	18. 福井県	26. 京都府	34. 広島県	42. 長崎県
03. 岩手県	11. 埼玉県	19. 山梨県	27. 大阪府	35. 山口県	43. 熊本県
04. 宮城県	12. 千葉県	20. 長野県	28. 兵庫県	36. 徳島県	44. 大分県
05. 秋田県	13. 東京都	21. 岐阜県	29. 奈良県	37. 香川県	45. 宮崎県
06. 山形県	14. 神奈川県	22. 静岡県	30. 和歌山県	38. 愛媛県	46. 鹿児島県
07. 福島県	15. 新潟県	23. 愛知県	31. 鳥取県	39. 高知県	47. 沖縄県
08. 茨城県	16. 富山県	24. 三重県	32. 島根県	40. 福岡県	

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄

東京都食品健康保険組合