

# 被扶養者異動届 (削除) について

## 健康保険 被扶養者異動届 (削除)

- ① 削除する被扶養者の被保険者証・資格確認書を添付してください。  
 被保険者証・資格確認書を滅失したときは、「被保険者証・資格確認書滅失申請書」を添付してください。  
 ② 雇用保険受給開始による削除の場合は、受給開始日が印字された雇用保険受給資格者証(両面)のコピーを添付してください。

提出年月日	9.令和	00	02	01
被保険者欄	被保険者等の記号	100	被保険者等の番号	〇〇〇〇〇
	社員番号	〇〇〇〇〇		
	生年月日	5.昭和	7.平成	5 0 1 0 1 1
	住所	〒123-4567 東京都〇〇区〇〇1-2-3		
氏名	(フリガナ)	ケンボ	タロウ	
	(氏名)	健保	太郎	
日中連絡先		〇〇 ( ΔΔ ) ××		

被保険者確認欄	<input type="checkbox"/>	資格喪失証明書の発行を希望します
→喪失証明書の送付先 (被保険者住所と同じなら不要)		
〒		

被扶養者欄	(フリガナ)	ケンボ	イチロウ	生年月日	5.昭和	7.平成	0 6 0 7 2 2	性別	1.男	2.女
	(氏名)	健保	一郎	個人番号						
	続柄	長男	被扶養者から除かれた日	7.平成	9.令和	0 0 0 2 0 1	理由	就職		

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和	7.平成		性別	1.男	2.女
	(氏名)			個人番号						
	続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成	9.令和		理由			

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和	7.平成		性別	1.男	2.女
	(氏名)			個人番号						
	続柄		被扶養者から除かれた日	7.平成	9.令和		理由			

受付日付印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

社会保険労務士の代行者

フィリップス・ジャパン健康保険組合

## 記入について

- 被保険者欄に被保険者記号番号・氏名・生年月日・住所等を記入してください。
- 被扶養者欄に削除のご家族様について記入をしてください。  
※続柄は「子」ではなく「長男」「長女」等戸籍と同様に記入してください。
- 資格喪失証明書の発行を希望する方は、「被保険者確認欄」に記入してください。

## 添付書類

- 被扶養者から削除のご家族様の被保険者証または資格確認書
- その他、状況に応じて以下の書類を添付してください

就職のため削除	就職された勤務先の資格取得日がわかるもの 健康保険証の写し、資格確認書の写し、 資格情報のお知らせの写し、資格取得証明書 等
雇用保険受給開始のため削除	受給開始日が印字された受給資格者証の写し
その他	扶養から外す事由がわかる書類

## 提出先

APアウトソーシング株式会社  
 〒162-0825 東京都新宿区神楽坂1-15 神楽坂1丁目ビル  
 TEL 0120-924-873 (PPSコンタクトセンター/メニュー番号2)  
 Si-helpdesk@apol.jp

## お問い合わせ先

APアウトソーシング株式会社 TEL 0120-924-873 (PPSコンタクトセンター/メニュー番号2)  
 フィリップス・ジャパン健康保険組合 TEL 03-6384-2270 info@philips-kenpo.com