アマゾンジャパン健康保険組合

被扶養者異動届（被扶養者の削除）

常務理事	事務長	担当者

添付書類①　削除する被扶養者(家族)の保険証をSATO社会保険労務士法人へ送付してください。

添付書類②　雇用保険の受給開始による削除の場合は、受給開始日が印字された受給資格者証のコピーを添付してください。

（西暦）　　年　　月　　日　提出

◎申請者(社員)の情報を記入します　〔　のセルに記入又はチェックしてください　のセルは必要に応じ記入してください　〕

被保険者証	記号		番号		社員番号	

被保険者欄				
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		☐昭和 ☐平成 ☐西暦	
	姓	名	年　月　日	生
住所	〒　　—	電話　　（　　）		

被保険者確認欄（必ずチェック）	☐ 被保険者（申請者）本人が記入し、内容に間違いありません(氏名欄押印省略) ☐ 資格喪失証明書の発行を希望します。
送付先住所 被保険者住所と同じなら不要	〒　　—

◎削除する被扶養者(家族)の情報を記入します。　※子の続柄は「長男」「二女」のように順位を付けて記入します。

被扶養者					
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 ☐西暦
	姓	名			年　月　日　生
扶養をしなくなった理由(扶養をしなくなった日)					扶養をしなくなった日
☐被扶養者の就職(入社の日)　☐収入増(提出日)　☐離婚(離婚した日) ☐死亡(死亡した日の翌日)　☐その他（　　）					☐令和　年　月　日 ☐西暦

被扶養者					
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 ☐西暦
	姓	名			年　月　日　生
扶養をしなくなった理由(扶養をしなくなった日)					扶養をしなくなった日
☐被扶養者の就職(入社の日)　☐収入増(提出日)　☐離婚(離婚した日) ☐死亡(死亡した日の翌日)　☐その他（　　）					☐令和　年　月　日 ☐西暦

被扶養者					
氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ		続柄	☐男 ☐女	☐昭和 ☐平成 ☐令和 ☐西暦
	姓	名			年　月　日　生
扶養をしなくなった理由(扶養をしなくなった日)					扶養をしなくなった日
☐被扶養者の就職(入社の日)　☐収入増(提出日)　☐離婚(離婚した日) ☐死亡(死亡した日の翌日)　☐その他（　　）					☐令和　年　月　日 ☐西暦

事業主欄	☐ 被保険者に届出の意思を確認しました。

事業主	
	所在地
	名称
	事業主名
	電話番号

社会保険労務士

受付