

被扶養者異動届 (被扶養者の削除)

アマゾンジャパン健康保険組合の保険証に記載されている記号・番号を記入します。これから入社する場合等、不明な場合は空欄としてください

異動届の作成日を忘れずに記入してください

常務理事	事務長	担当者

削除する被扶養者(家族)の保険証を社会保険労務士法人へ送付してください。

② 雇用保険の受給開始による削除の
 ① 被扶養者(家族)の保険証を社会保険労務士法人へ送付してください。

社員番号を知りたい場合は以下FAQを参照ください。
<https://inside.amazon.com/jp/employment/corprhrs/faq/Pages/default.aspx>
 これから入社する場合等、不明な場合は空欄としてください

() 年 2020 月 6 日 15 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	3	番号	987654321	社員番号	999999999
被保険者欄	フリガナ	ヨヨギ		タロウ		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦
	氏名	姓	名		年	月
	生	60	8	10	日	生
住所	〒 151 - 0055 電話 03 (9999) 9999 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-23-15 A-PLACE代々木 4階					

被保険者確認欄 (必ずチェック)	<input checked="" type="checkbox"/> 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)
	<input checked="" type="checkbox"/> 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)	〒 999 - 9999 ○○県△△市○○町×-×-×

例：妻・長男・二女・父など
 ※単に「子」は認められません。

◎削除する被扶養者(家族)の情報を記入します。

被扶養者	フリガナ	ヨヨギ		イチロウ		続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦
	氏名	姓	名		長女	<input type="checkbox"/> 女	年
	生	代々木	一郎	9	6	10	日
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			
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者の就職(入社の日)	<input type="checkbox"/> 収入増(提出日)	<input type="checkbox"/> 離婚(離婚した日)		<input checked="" type="checkbox"/> 令和		年	
<input type="checkbox"/> 死亡(死亡した日の翌日)	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 西暦		2		4
						1	

被扶養者	フリガナ					続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦
	氏名	姓	名			<input type="checkbox"/> 女	年
	生						日
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			
<input type="checkbox"/> 被扶養者の就職(入社の日)	<input type="checkbox"/> 収入増(提出日)	<input type="checkbox"/> 離婚(離婚した日)		<input type="checkbox"/> 令和		年	
<input type="checkbox"/> 死亡(死亡した日の翌日)	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 西暦				

被扶養者	フリガナ					続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 西暦
	氏名	姓	名			<input type="checkbox"/> 女	年
	生						日
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			
<input type="checkbox"/> 被扶養者の就職(入社の日)	<input type="checkbox"/> 収入増(提出日)	<input type="checkbox"/> 離婚(離婚した日)		<input type="checkbox"/> 令和		年	
<input type="checkbox"/> 死亡(死亡した日の翌日)	<input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 西暦				

事業主欄 被保険者に届出の意思を確認しました。

所在地	
名称	
事業主名	印
電話番号	

社会保険労務士の提出代行印	印
---------------	---

