

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

常務理事	事務長	担当者

異動届の作成日を忘れずに記入してください

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。**類② 雇用保険の受給開始による異動の場合は、
提出してください。

提出日: 2020 年 6 月 15 日

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/corphrs/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

①申請者(社員)の情報を記入します

被保険者証	記号	3	番号	987654321	社員番号	999999999
被保険者欄 住所	フリガナ			ヨヨギ	タロウ	
	姓			名	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦	
				年 60	月 8	日 10
〒 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)
 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

〒 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。

②削除する被扶養者(家族)の情報を記入します。

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

被扶養者 氏名	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 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		
<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 <input type="checkbox"/> 西暦			年	月	日
<input type="checkbox"/> 死亡(死亡した日の翌日) <input type="checkbox"/> その他 ()								

被扶養者 氏名	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 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		
<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 <input type="checkbox"/> 西暦			年	月	日
<input type="checkbox"/> 死亡(死亡した日の翌日) <input type="checkbox"/> その他 ()								

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	印
--	---

社会保険労務士の提出代行印	印
---------------	---

