

任継・特退

健保被扶養者異動(削除)届

健保組合	
担当	再査

太枠内の該当項目について完記し、削除する被扶養者の「保険証」または、「資格確認書」を添付の上提出してください。
 (「資格確認書」の交付を受けていない場合は、添付不要です。)

↓ 記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

記号	番号	被保険者氏名	住所
5100	1234567	日生 花子	〒541-8501 大阪 都 道 大阪 郡 中央区今橋3-5-12 電話番号 06-123-4567

√ 長男・長女・実父母・義父母等の区分を明記

続柄	削除する被扶養者の氏名	生年月日				削除年月日				削除理由(具体的に詳しく)	資格削除証明書の発行
		元号	年	月	日	元号	年	月	日		
長男	日生 太郎	S H R	14	12	25	R	06	04	01	就職した為	要・ <input checked="" type="radio"/> 否

続柄	削除する被扶養者の氏名	生年月日				削除年月日				削除理由(具体的に詳しく)	資格削除証明書の発行
		元号	年	月	日	元号	年	月	日		
		S H R				R					要・否

資格確認書を滅失した場合は、下記の念書を差し入れしてください。

念書

・資格確認書を紛失した場合は、念書欄に記入日と被保険者氏名を記入ください。

1. 滅失した資格確認書を後日発見した場合は、直ちに返却し、資格確認書の再発行を依頼してください。
2. 滅失した資格確認書によって生じた一切の責任は、被保険者において発生し、貴組合に対し迷惑をかけることを約束します。

R6 年 12 月 10 日 被保険者氏名 日生 花