

特例退職被扶養者異動(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、被扶養者の保険証(家族証)を添付の上提出してください。

被保険者記号・番号		被保険者氏名	住 所	〒		都 道 府 県	郡 市	電話番号
記 号	番 号							
6	100							

√ 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		
		昭和 平成 令和				令和					要・否
<input type="checkbox"/> 家族証回収 <input type="checkbox"/> 高齢証回収											

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		
		昭和 平成 令和				令和					要・否
<input type="checkbox"/> 家族証回収 <input type="checkbox"/> 高齢証回収											

保険証を滅失した場合は、下記の念書を差し入れしてください。

念 書	
1、滅失した健康保険証を後日発見した場合は、直ちに返却します。 2、滅失した健康保険証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、貴組合に対し迷惑をかけることを約束します。	
年	月 日 被保険者氏名