

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 |
|-----------|----------|--------|--|
| 記号 | 番号 | | |
| 6100 | ×××××××× | 日生 花子 | 〒××××-×××× 大阪 都道府県 大阪 郡市 中央区今橋×-×-×× 電話番号 ××-××××-×××× |

√ 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 | | |
| 次男 | 日生 次郎 | 昭和 平成 令和 | ×× | ×× | ×× | 令和 | ×× | ×× | ×× | 就職したため | 要・ <input checked="" type="checkbox"/> 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ないことを約束します。

日生 花子

××××年 ×月 ××日 被保険者氏名