

被扶養者異動届(削除申請用)

被保険者証の	記号	999	番号	9999									
被保険者の氏名	ふりがな	けんぼ たろう											
		健保 太朗											
被保険者の住所 (住民票登録の住所)	〒	5	0	3	-	0	9	1	6	岐阜	都道	大垣	市区
										府県		郡	
		日の出町1-1											
		電話 0584 - 81 - 3124											

【異動事項】

家族の氏名	ふりがな	けんぼ はなこ						続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 二男 <input type="checkbox"/> 兄・姉 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 二女 <input type="checkbox"/> 弟・妹 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 三男 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> 三女 ()	
		健保 花子								
生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	5	2		5	1	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女		
削除の理由					添付書類					
<input checked="" type="checkbox"/> 1) 就職	⇒ 新しく加入した保険証の写し									
<input type="checkbox"/> 2) 収入限度額を超えたため	⇒ 給与支払累計がわかる書類(給与明細の写し等)									
<input type="checkbox"/> 3) 失業保険を受給するため	⇒ 雇用保険受給資格者証の写し(全頁)									
<input type="checkbox"/> 4) 結婚	⇒ 該当日がわかる書類の写し(婚姻受理証明書等)									
<input type="checkbox"/> 5) 離婚	⇒ 該当日がわかる書類の写し(戸籍謄本など)									
<input type="checkbox"/> 6) 死亡(令和 年 月 日死亡)	⇒ 該当日がわかる書類の写し(戸籍謄本など)									
<input type="checkbox"/> 7) 被保険者が主たる生計維持者でなくなったため	(令和 年 月 日から該当)									
<input type="checkbox"/> 8) 同居が条件の家族と別居したため	(令和 年 月 日から別居)									
<input type="checkbox"/> 9) 事業を始めたため	⇒ 開業届の写し									
<input type="checkbox"/> 10) その他()										
<input type="checkbox"/> 11) 後期高齢者該当	※被保険者と別居の場合は、下記に該当者の住所を記入してください。									
〒									都道	市区
									府県	郡
「資格喪失証明書」の交付について⇒交付を希望(<input checked="" type="radio"/> する・ <input type="radio"/> しない)										
保険証添付 <input checked="" type="radio"/> 済・ <input type="radio"/> 未 ⇒ 未の場合は理由と返却予定日を記入 理由() 返却予定日 年 月 日 返却予定										

※届出の際は、削除対象者のイビデン健康保険組合の保険証を添付してください。

添付できない場合は上記欄に理由と返却予定日を記入してください。

喪失後の受診はできませんので、絶対に使用しないでください。使用した場合は医療費の請求をさせていただきます。

事業主	
所在地 名称 氏名	

常務理事	事務長	担当	事業所
確認日(/)	確認日(/)	処理日(/)	受付日(/)

健保記入欄	<input type="checkbox"/> 保険証返却済	資格喪失証明発行 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 発行済
削除年月日	令和 年 月 日	喪失後受診確認 <input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 請求なし <input type="checkbox"/> 請求あり

