

被扶養者変更届 (削除申請用)

事業所所在地
事業所 名称
事業主氏名

印

被保険者 記号・番号				所属					
氏名			印	生年月日		S・H			
フリガナ 被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	職業	収入	変更の事由及び年月日	保険証等添付 有・無	自己破棄 有・無	
			S. H. R			年 月 日	有・無	有・無	
						事由 :			
			S. H. R			年 月 日	有・無	有・無	
						事由 :			
			S. H. R			年 月 日	有・無	有・無	
						事由 :			
			S. H. R			年 月 日	有・無	有・無	
						事由 :			

※資格がなくなった後、保険証・資格確認書を使用して医療機関等にかかり、医療機関等から健康保険組合に請求があった場合、その金額を請求いたします。ご注意ください。

- ・健康保険被保険者証：R7.12.1までは返却してください。R7.12.2以降は、返却不要です。
 - ・健康保険資格確認書：有効期間が残っている場合は、返却していただくか、自己破棄してください。自己破棄した場合は、自己破棄 有 に○をつけてください。
 - ・資格情報のお知らせ：返却不要です。
- 返却する場合は、本書類と一緒に提出ください。

<変更事由・年月日(例)>

就職・就職日/収入増加・基準を超えた日/離婚・離婚日/失業保険の受給開始・受給開始日/結婚・入籍日

死亡・死亡日/後期高齢者医療制度加入・加入日/他人の扶養になった・扶養になった日/その他・事由が発生した日

※原籍会社によって提出先が異なりますので、必ず提出書類シートをご確認ください。

3号加入者で国民健康保険に加入予定の方は、【国民年金第3号被保険者関係届】も併せて提出してください。