

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険被扶養者削除届

以下の通り被扶養者の削除を申請します。

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	被保険者の氏名 (自署)				
	現住所	〒 _____					
			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日
		電話番号 () - _____					

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
			続柄	職業		備考					
	扶養しなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	扶養しなくなった理由	新しく加入された健康保険の資格取得日	7.平成 9.令和	年	月	日
	住居区分	※1	〒 _____								
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		現住所		電話番号 () - _____					

※被保険者と同じ住所の場合は「同上」で可。

被 扶 養 者 欄	(フリガナ) 氏名 (氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
			続柄	職業		備考					
	扶養しなくなった日	7.平成 9.令和	年	月	日	扶養しなくなった理由	新しく加入された健康保険の資格取得日	7.平成 9.令和	年	月	日
	住居区分	※1	〒 _____								
		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		現住所		電話番号 () - _____					

※被保険者と同じ住所の場合は「同上」で可。

- 「健康保険 資格喪失証明書」の交付を希望されますか⇒ 希望する 希望しない (□のどちらかにチェックしてください。)
就職等ですでに新しい保険証が発行されている場合等は特に必要ありません。チェックがない場合は、希望しないとみなします。

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() _____

令和 年 月 日 提出 受付年月日

健康保険組合記入欄			
扶養削除日	7平成 9令和	年	月 日
証明書発行日	9令和	年	月 日

注意事項

- この届出は、扶養から外す場合のものです。該当の方の中越パルプ工業健康保険組合の**保険証**を添付ください。
- 続柄欄は、妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入してください。
- 職業欄は、文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入してください。
- 理由欄は、扶養しなくなった理由として、就職、死亡等事実を具体的に記入してください。
- 間違って記入され、訂正する場合は、二重線で消し、訂正箇所サインをしてください。(修正液・テープは不可。)
- この届出は、事業主の証明が必要ですので、事業主へ提出ください。

※ご記入いただいた個人情報、健康保険に関する手続きにのみ利用させていただきます。