

取扱注意

減 健康保険被扶養者異動届 (扶養しなくなったとき)

健康保険組合		
長	長	担当者

健保受付

健康保険組合 記入欄				
異動年月日				
号	年	月	日	補記事項
H				

事業主(事業主代理人)記入箇所	
下記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。	
事業所所在地	〒 - 平成 年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	()

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 番 号	被 保 険 者 氏 名	被 保 険 者 生 年 月 日	所 属			
	1 2 3 4 5 6 7	健 保 太 郎	昭 平 57年 1月 1日生	〇〇株式会社 〇〇支店 〇〇課			
	被 扶 養 者 氏 名	性 別	続 柄	生 年 月 日	申 請 事 由	扶 養 し な く な っ た 日	添 付 書 類
	フリガナ		例)長男等	号 年 月 日	※下記申請事由の区分より選択願います。	号 年 月 日	※必ず記入ください
	ケ ン ボ	男	母	1 7 0 3 0 3	区分 G	H 2 9 0 3 0 3	当健保の保険証 高齢受給者証
	健 保 花 子	女			〇〇県		
		男					
		女					
資格喪失証明書発行願				申請事由の区分			
<input type="checkbox"/> 【発行要】 ※発行不要の場合はチェック不要(理由) (該当する内容をご選択ください。) <input type="checkbox"/> 他の健康保険組合、国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/> その他 ()				A:就職 B:結婚 C:離婚 D:雇用保険受給※日額3,611円を上回る場合 E:収入限度額超過 F:死亡 G:後期高齢者医療制度移行のため H:その他※被扶養者の自立、別居による非扶養、仕送り中止、主たる生計維持者の変更等			
【記入に当たっての注意事項】 ★届出内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定そのものを取り消す事があります。 ★その間に使用された医療費は全額お返し頂きます。				ここに扶養でなくなる被扶養者の保険証をセロハンテープ等で貼り付け願います。 なお、限度額適用認定証・高齢受給者証等、その他証を発行している方については添付書類として提出願います。			
ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。				抹消対象者保険証			
				除 家族(被扶養者) 被扶養者証 記号6148 番号 1234567 ケンボ ハナコ 健保 花子 生年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 認定年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日 関西電力健康保険組合			