

調査専用

被扶養者脱退届

健 保 処 理 欄		
適用課長	課長補佐	担 当

※この脱退届を提出する方は、必ず脱退する被扶養者の保険証とあわせて、被保険者の勤務先にご提出ください。

入 力 済

受 付 日

記 号	番 号	保 険 証 の 記 号 ・ 番 号 を 記 入 し て く だ さ い 。
調 査 対 象 被 扶 養 者 氏 名 (続柄)	()	脱退する方の氏名と()に続柄を記入してください。
脱 退 理 由	就 職 ・ 限 度 超 そ の 他 ()	該当する理由を○で囲んでください。 その他の場合は()に理由を記入してください。
脱 退 日	令 和 年 月 日	就 職 : 就 職 先 「 保 険 証 」 の 資 格 取 得 年 月 日 を 記 入 し て く だ さ い 。 限 度 超 : 収 入 限 度 額 を 超 え る こ と と な っ た 年 月 日 を 記 入 し て く だ さ い 。 不 明 の 場 合 は 、 判 明 し た 日 付 、 あ る い は 現 時 点 か ら の 翌 月 1 日 の 日 付 を ご 記 入 く だ さ い 。 そ の 他 : 脱 退 理 由 が 発 生 し た 年 月 日 を ご 記 入 く だ さ い 。

上記被扶養者は、貴組合の加入基準に該当しないため、脱退の手続きをいたします。

被 保 険 者 氏 名	印	被 保 険 者 自 ら 署 名 し た 場 合 、 押 印 は 不 要 で す 。
-------------	---	--

所 在 地 事 業 所 名 事 業 主 名		被 保 険 者 の 勤 務 先 が ご 記 入 く だ さ い 。
-----------------------------	--	-----------------------------------

◎限度超により脱退された方には資格喪失証明書を送付します。

お住まいの市区町村役所にて国民健康保険の加入手続きをしてください。

◎60歳未満の配偶者の方は、国民年金第3号被保険者関係届（非該当）の提出も必要です。

届出は、被保険者の勤務先にご確認ください。

◎保険証を紛失された場合は健康保険被保険者証滅失届と併せてご提出ください。

本人の押印・署名省略確認	右欄②か③に該当 <input type="checkbox"/>	この届出は ②申請者本人（被保険者）が作成したものである ③記載内容について誤りがなく申請者本人（被保険者）が確認している
--------------	-----------------------------------	---