

常務理事	事務長	係

処 理

## 健康保険被扶養者脱退届

年 月 日

七十七銀行健康保険組合理事長 殿

住 所

被 保 険 者

氏 名

下記の通りお届け致します。

被 保 険 者 等 記 号 ・ 番 号	—	事 業 所 の 名 称	
フリガナ 被扶養者氏名	生 年 月 日	続柄	住所(後期高齢者医療加入の場合は記入のこと)
	昭和 平成 令和 年 月 日		〒 —
	昭和 平成 令和 年 月 日		〒 —
	昭和 平成 令和 年 月 日		〒 —
届出の理由 (該当項目に○印)		備 考	
<input type="checkbox"/>	就職のため	就 職 日 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	収入超過のため (国民健康保険加入)	喪失証明書 要 ・ 不要 (いずれかに○印)	
<input type="checkbox"/>	後期高齢者医療加入のため	脱 退 日 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	その他 (詳細に記入)		
<input type="checkbox"/> この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容については誤りが ないことを申請者本人に確認している。(確認のうえ口に✓)			
年 月 日		住所 事業主 氏名	

※脱退する被扶養者の高齢受給者証(後期高齢者医療加入者のみ)を添えて提出のこと。  
※後期高齢者医療加入の場合は、保険料の軽減措置が有りますので、住所欄は必ず記入願います。

(注) 被保険者等記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記欄に記載して下さい。

個人番号 (マイナンバー)	□ □ □ □ □ □	-	□ □ □ □ □ □	-	□ □ □ □ □ □
------------------	-------------	---	-------------	---	-------------

(様式 6)

データ登録	係	照 合

(R6.12)