

味の素健康保険組合 御中

被扶養者異動届(削除申請用)

被保険者証の	記号		番号	
被保険者の氏名	ふりがな			
被保険者の住所 (住民票登録の住所)	〒		—	都道府県 市区郡

【異動事項】

家族の氏名	ふりがな	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
続柄	性別	男・女	削除年月日	令和	年	月
削除の理由			添付書類			
<input type="checkbox"/> 1) 就職		⇒ 新しく加入した保険証の写し				
<input type="checkbox"/> 2) 収入限度額を超えたため		⇒ 給与支払累計がわかる書類(給与明細の写し等)				
<input type="checkbox"/> 3) 事業を始めたため		⇒ 開業届の写し				
<input type="checkbox"/> 4) 結婚		⇒ 該当日がわかる書類の写し				
<input type="checkbox"/> 5) 死亡 (平成・令和 年 月 日死亡)		⇒ 該当日がわかる書類の写し				
<input type="checkbox"/> 6) 離婚		⇒ 該当日がわかる書類の写し				
<input type="checkbox"/> 7) 被保険者が主たる生計維持者でなくなったため		(平成・令和 年 月 日から該当)				
<input type="checkbox"/> 8) 同居が条件の家族と別居したため		(平成・令和 年 月 日から別居)				
<input type="checkbox"/> 9) 失業給付を受給するため		⇒ 雇用保険受給資格者証の写し(全頁)				
<input type="checkbox"/> 10) その他()						
<input type="checkbox"/> 11) 後期高齢者該当		⇒ 高齢受給者証の返却				
※被保険者と別居の場合は、下記に該当者の住所を記入してください。						
〒		—	都道府県	市区郡		
「資格喪失証明書」の交付について ⇒ 交付を希望 (する ・ しない)						

※ 届出の際は、削除対象者の味の素健康保険組合の保険証を添付してください。

常務理事	事務長	係		事業所担当

受 付 印