

味の素健康保険組合 御中

被扶養者異動届(削除申請用)

記入例

被保険者証の	記号	21	番号	1234567										
被保険者の氏名	ふりがな	あじの たろう												
		味野 太郎												
被保険者の住所(住民票登録の住所)	〒	2	1	1	-	0	0	0	0	神奈川県	川崎	市	区	郡
		中原区△△町 1-2-3												
		電話 044 - 000 - 0000												

【異動事項】

家族の氏名	ふりがな	あじのはなこ				生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
		味野 花子						0	0	1	2	0	6
続柄	妻	性別	男・女	削除年月日	令和	年	月	日					
					△	△	1	0	1	0			
削除の理由					添付書類								
<input checked="" 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