

健康保険被扶養者取消届

常務理事	事務長	室長	担当

事業主経由
JFE 健康保険組合 行

正

被保険者	記号	番号	所属部課	職場電話	氏名(自署)	提出日
						令和 年 月 日提出
現住所 〒			自宅電話 — —			

取消をする家族	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養しなくなった年月日	取消年月日	取消理由
		※	男女	昭平 令 年 月 日	平 令 年 月 日	※ 平 令 年 月 日	
		※	男女	昭平 令 年 月 日	平 令 年 月 日	※ 平 令 年 月 日	
		※	男女	昭平 令 年 月 日	平 令 年 月 日	※ 平 令 年 月 日	
		※	男女	昭平 令 年 月 日	平 令 年 月 日	※ 平 令 年 月 日	

備考	資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 必要、 <input type="checkbox"/> 不要 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) [国民健康保険等に加入する場合は必要となります]	事業主名称	健保受付印
		担当者氏名 TEL	
注	※証回収日	令和 年 月 日	

1. 太枠内をご記入ください。
2. 記入は、黒ボールペンでお願いします。
3. ※欄は記入しないでください。
4. 取消理由
死亡、離婚、就職、結婚、別居、その他
5. 健康保険被保険者証を同時に提出してください。

健康保険被扶養者取消届

常務理事	事務長	室長	担当

事業主経由
JFE 健康保険組合 行

控

被 保 険 者	記号	番号	所属部課	職場電話	氏名(自署)	提出日
						令和 年 月 日提出
現住所 〒			自宅電話 — —			

取 消 を す る 家 族	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養しなくなった年月日	取消年月日	取消理由	
		※	男女	昭平令	年 月 日	平令	年 月 日	※
			男女	昭平令	年 月 日	平令	年 月 日	※
		※	男女	昭平令	年 月 日	平令	年 月 日	※
			男女	昭平令	年 月 日	平令	年 月 日	※

備 考	資格喪失証明書 <input type="checkbox"/> 必要、 <input type="checkbox"/> 不要 (どちらかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください) [国民健康保険等に加入する場合は必要となります]	健 保 受 付 印
	※証回収日 令和 年 月 日	

- 注
- 太枠内をご記入ください。
 - 記入は、黒ボールペンでお願いします。
 - ※欄は記入しないでください。
 - 取消理由
死亡、離婚、就職、結婚、別居、その他
 - 健康保険被保険者証を同時に提出してください。