

健康保険被扶養者取消届

事業主経由

★2枚目(控)にも同様にご記入下さい。

JFE 健康保険組合 行

常務理事	事務長	室長	担当

正

被 保 険 者	記号	番号	所属部課	職場電話	氏名(自署)	提出日
	1 2 3	1 2 3 4 5 6	〇〇部〇〇課	1234-1234	山川 太郎	令和 年 月 日提出
現住所		〒123-1234			自宅電話 012-123-1234	
		〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地〇〇号室				

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
		山川 一郎	※ 長男	男	昭和 55 年 01 月 01 日	平成 01 年 05 月 01 日	※ 平成 年 月 日
		※	男	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	※ 平成 年 月 日	
		※	男	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	※ 平成 年 月 日	
		※	男	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	※ 平成 年 月 日	

備 考	資格喪失証明書 <input checked="" 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	印 健 保 受 付 印
		担当者氏名 TEL	
注	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。	※証回収日	令和 年 月 日

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

事業主経由

★1枚目（正）と同様にご記入下さい。

JFE 健康保険組合 行

控

常務理事	事務長	室長	担当

記号			番号						所属部課	職場電話	氏名（自署）	提出日
1	2	3	1	2	3	4	5	6	〇〇部〇〇課	1234-1234	山川 太郎	令和 年 月 日提出
現住所 〒123-1234						自宅電話 012-123-1234						
〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番地〇〇号室												

取消をする家族	氏名	続柄	性別	生年月日	扶養なくなった年月日	取消年月日	取消理由
	山川 一郎	※	男	昭和 5 5 年 0 1 月 0 1 日	平 0 1 年 0 5 月 0 1 日	※ 平 年 月 日	就職
		長男	女	昭 平 令 年 月 日	令 年 月 日	令 年 月 日	
	※	男	昭 平 令 年 月 日	平 年 月 日	※ 平 年 月 日		
		女	昭 平 令 年 月 日	令 年 月 日	令 年 月 日		
※	男	昭 平 令 年 月 日	平 年 月 日	※ 平 年 月 日			
	女	昭 平 令 年 月 日	令 年 月 日	令 年 月 日			

備考	資格喪失証明書 <input checked="" 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

- 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。

※証回収日 令和 年 月 日