【保険証を返却してください】

被扶養者抹消届

事務長	部長・課長	主任・係長	係	抹消日
				令和　　年　　月　　日

被保険者	記号		番号		資格取得日	昭和・平成・令和　年　月　日		健保受付日付印
	氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ			所属部署			
	住所	〒　　－　　電話（　　）　　－						
								☐ 保険証 回収

被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日	年齢
ﾌﾘｶﾞﾅ	男 ・ 女		昭和・平成・令和　年　月　日	才

扶養しなくなった理由	扶養しなくなった日
１．就職 ２．収入超過 ３．その他　理由をご記入ください （　　）	令和　　年　　月　　日

国民健康保険加入のため資格喪失証明書の発行を希望する方はご記入ください。

提出先　：（　　）市 ・ 区 ・ 町 ・ 村　役所(場)

受領委任　：証明書の受領を＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に委任します。　受領サイン＿＿＿＿＿＿

【誓約内容】を確認し☑チェックをお願いします。

健康保険の被扶養者申請にあたり、下記のことを誓約いたします。

【誓約内容】

☐ 申告内容に相違があった場合、溯って被扶養者資格を抹消され、その間の医療費及び保険給付金の全額を返納する等、健康保険組合の決定に従います。

令和　　年　　月　　日

被保険者（自署の場合押印不要）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申告内容及び誓約内容について確認しました。

令和　　年　　月　　日

所 属 長（自署の場合押印不要）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※抹消理由によって添付書類が必要となりますので、各部署担当者又は健康保険組合までお問い合わせください。