

センコー健康保険組合 殿

健康保険 被 扶 養 者 抹 消 届

申 請 人

[被保険者証] 記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_  
 [被保険者住所] \_\_\_\_\_  
 [被保険者氏名] \_\_\_\_\_

事 業 主

(任意継続の場合は不要)

[事業主の住所] \_\_\_\_\_  
 [事業主の名称] \_\_\_\_\_  
 [代表者の氏名] \_\_\_\_\_

下記の通り、被扶養者の資格を抹消する事由が発生しましたので、届け出いたします。  
 記

1. 資格抹消の被扶養者について

続柄	被扶養者氏名	性別	生 年 月 日	抹消事由
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	
		男・女	年 月 日	

※抹消事由欄には、下記の抹消事由を各被扶養者ごとに数字でご記入下さい。

2. 抹消事由および添付書類

抹消事由	添付書類 ※現保険証と併せてご提出下さい。
1. 就職	就職先の保険証 (写) または資格取得証明書 (写)
2. 結婚	I. 加入先の保険証 (写) または資格取得証明書 (写) II. 国保加入の場合・・・なし
3. 離婚	I. 加入先の保険証 (写) または資格取得証明書 (写) II. 国保加入の場合・・・なし
4. 死亡	死亡診断書 (写)
5. 失業給付受給	雇用保険受給資格者証 (両面写)
6. 収入超過	I. 国保加入の場合・・・なし II. 他健保加入の場合・・・加入先の保険証 (写) または資格取得証明書 (写)
7. 後期高齢者医療制度加入	I. 75歳以上の場合・・・なし II. 75歳未満の場合・・・後期高齢者医療の保険証 (写)
8. その他 ( )	I. 国保加入の場合・・・なし II. 他健保加入の場合・・・加入先の保険証 (写) または資格取得証明書 (写)

※上記以外で添付できない場合はその理由をご記入下さい。

理由：【

】

健保組合使用欄

抹 消 日
年 月 日

常務理事	事務長	担 当	担 当