りそな健康保険組合　御中　　年　　月　　日

健康保険被扶養者削除届

被保険者の記号・番号	被保険者の氏名（自署）	生年月日	性別	資格取得年月日
ー		昭和 平成　　年　　月　　日生	男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

被保険者の住所	〒　　ー 都道府県　　市区町村	日中連絡先電話番号	※平日日中すぐに連絡可能な電話番号 電話　　ー　　ー （内線：　　ー　　ー　　）

フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄 （例：長男等）	被扶養者から除かれる日	削除理由	収入 （年額）	職業	その他 ・被保険者と別居の場合は住所を記入 ・外国籍の方は国籍を記入
	SHR　　年　　月　　日生	男・女		R　　年　　月　　日		万円		〒　　ー
	SHR　　年　　月　　日生	男・女		R　　年　　月　　日		万円		〒　　ー
	SHR　　年　　月　　日生	男・女		R　　年　　月　　日		万円		〒　　ー

この届出は被保険者本人が作成したものであり、記載内容について誤りがないことを被保険者本人が確認しています。

※以下は必ず事業主（総務担当役職者）が記入すること。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
総務担当役職者氏名および連絡先	電話　　ー　　ー　　（内線　　）

・ 事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

備考

・ 以下のものを添付してください。
　① 削除対象者の保険証、資格確認書、限度額適用認定証、高齢受給者証（交付を受けている場合）
　　（紛失された場合は「健康保険〔 被保険者証・資格確認書 〕紛失・滅失・き損 届」等をご提出ください）
　② 削除対象者が新たに交付を受けた「資格情報のお知らせ」等の写し等（就職等）
　　（「氏名」「資格取得日」を確認します。その他の情報は適宜マスキングしてください）
・ この届出書による認定の結果は、事業主に通知されます。

【健保使用欄】

住所登録	
検印	担当

令和　　年　　月　　日		
常務理事	検印	担当