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

被保険者の現住所	〒　　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	資格確認書 （当健保から交付されたもの） いずれかにチェックしてください	その他 ・被保険者と別居の場合は住所を記入
	S H R　　年　　月　　日生	男 ・ 女		R　　年　　月　　日 理由：	万円		☐ 交付を受けていません ☐ 本届に添付します ☐ 廃棄しました	〒　　ー
	S H R　　年　　月　　日生	男 ・ 女		R　　年　　月　　日 理由：	万円		☐ 交付を受けていません ☐ 本届に添付します ☐ 廃棄しました	〒　　ー
	S H R　　年　　月　　日生	男 ・ 女		R　　年　　月　　日 理由：	万円		☐ 交付を受けていません ☐ 本届に添付します ☐ 廃棄しました	〒　　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「 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