りそな健康保険組合　御中

2024 年　12 月　31 日

健 康 保 険 被 扶 養 者 削 除 届

資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

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
4010 － 123456	大阪　太郎	昭和 平成 2 年 1 月 1 日生	男・女	昭和 平成 令和 25 年 4 月 1 日

自署してください

被保険者の現住所	日中連絡先電話番号
〒 012 － 0123 大阪 都 道 府 県　大阪市中央 市 区 町 村　備後町2-2-1	※平日日中すぐに連絡可能な電話番号 電話 01 － 2345 － 6789 （内線 9 － 999 － 9999 ）

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
オオサカ　ハナコ 大阪　花子	S H R 3 年 12 月 1 日生	男・女	妻	R 6 年 12 月 1 日 12/1　就職	200 万円	パート	☐ 交付を受けていません ☑ 本届に添付します ☐ 廃棄しました	〒　－
	S H R 年 月 日生	男・女		万円			☐ 交付を ☐ 本届に ☐ 廃棄しました	
	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	〒　－

削除の対象となる方のみ記入してください

「就職による削除」の場合、就職先での資格取得日　等

「資格確認書」について該当するものにチェックしてください

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	大阪市中央区備後町２－２－１
事業所名称	りそな銀行　大阪営業部
事業主氏名	大阪営業部長　　〇〇　〇〇
総務担当役職者氏名および連絡先	関西　二郎 電話 01 － 2345 － 6789 （内線 9999 ）

・ 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
　事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

直通の電話番号を記入してください
（電話センターの番号は記入しないでください）

備考

添付漏れにご注意ください

・ 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