

シャープ健康保険組合 理事長

## [任継・特退] 健康保険被扶養者（削除）異動届

■直接、健康保険組合へ郵送してください。消せないボールペン又はペンでご記入をお願いします。

被 保 險 者	提出日	年 月 日								
	被保険者証の記号・番号(氏名コード)							フリガナ	ケンポ タロウ	
	記号	100 ・ 1000	番号	X	X	X	X	氏名	健 保 太 郎 ( 61 歳)	
	生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	男 ・ 女	〒 123 -XXXX TEL XXX - XXXX - XXXX					
					ご自身の住所を記入してください					

疾家	フリガナ					生年月日	年齢	性別	続柄
	氏名		ケンポ サチコ 健 保 幸 子			昭 年 月 日 平令・ × × × × ×	24 歳	男 ・ 女	長女
	削除の理由					削除に該当した日		◆健保記入欄 削除日	
1. 就職 2. 離婚 3. 死亡 4. 収入超過 5. 結婚 6. 失業給付受給 7. 後期高齢者医療加入 8. その他( )					令和 年 月 日 × × × × ×	令和 年 月 日			
被 扶 養 者 家 族 ( 2 人 目 )	フリガナ					生年月日	年齢	性別	続柄
	氏名					昭 年 月 日 平令・ × × × × ×	歳	男 ・ 女	
	削除の理由					削除に該当した日		◆健保記入欄 削除日	
1. 就職 2. 離婚 3. 死亡 4. 収入超過 5. 結婚 6. 失業給付受給 7. 後期高齢者医療加入 8. その他( )					日	令和 年 月 日			

資格喪失日以後の診療・調剤時に、健康保険が変わったことを伝えましたか？

(扶養家族の受診状況も含めてご確認ください)

- 診療・調剤を受けていない
- 健康保険の変更を伝えた
- 健康保険の変更を伝えなかった

シャープ健保へ請求された資格喪失日以降の医療費は、後日返納いただることになります。誤請求防止のために、健康保険の変更をお伝えください

●添付書類● ①該当者のシャープ健康保険証／資格確認書 ②削除理由別の確認書類(下表参照)

削除理由		削除理由別の確認書類	
1	就 職	就職日が確認できる書類、就職先の健康保険加入日が確認出来る書類のコピー (例) 採用通知書、健康保険の加入日確認書類(健康保険の資格情報のお知らせ)など	
2	離 婚	離婚日が確認できる書類のコピー(離婚届受理証明書、戸籍謄(抄)本など)	
3	死 亡	死亡日が確認できる書類のコピー(死亡診断書、火葬許可証、住民票除票など)	
4	収 入 超 過	源泉徴収票、所得証明書、年金振込通知書、給与明細書、各認申告書などのコピー	
5	子 女 結 婚	シャープ健康保険証等の原本と理由別の確認書類の添付も必要です	
6	雇 用 保 険		
7	後 期 高 齢		
8	そ の 他	原則不要 ※扶養削除となる理由によっては、確認書類の提出をお願いする場合があります	

【健保記入欄】

常務理事	事務長	課長	係長	担当

入 力 日	
証 回 収	有 · 無
喪失後受診	無 · 有
埋 葬 料	有 · 無

健保受付日