

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 険 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
	記号	番号	氏名
	生年月日	性別	〒 TEL
	100 ・ 1000	X X X X X X	ケンボ タロウ 健 保 太 郎 (61 歳)
	昭和 ・ 平成	男 ・ 女	123 -XXXX TEL XXX - XXXX - XXXX ご自身の住所を記入してください

家 族	フリガナ	生年月日	年齢	性別	続柄
	氏 名	昭・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・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 8. その他()		令和 年 月 日		令和 年 月 日

シャープ健康保険の使用状況を回答ください。

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)	<input type="checkbox"/> 診療・調剤を受けていない <input type="checkbox"/> 健康保険の変更を伝えた <input type="checkbox"/> 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、後日返納いただく 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、各認申告書等などのコピー
5 子女結婚	
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

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

【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