記 入 例

提出先：
　従業員　・・・　管轄の総務部
　任継・特退加入者　・・・　シャープ健康保険組合に郵送ください。
　　（〒 581-8585）大阪府八尾市北亀井町3ー1ー72　シャープ健康保険組合宛て

健康保険　被扶養者 〔 削 除 〕 異動届

※インクが消えないボールペンを用いて記入してください　文字が消える場合は受理することができません
※個人情報は公表の「個人情報保護基本方針（ﾌﾟﾗｲﾊﾞｼｰﾎﾟﾘｼｰ）」に則り利用目的の範囲内で取り扱います。

総務部または健保に提出した日
X年 X月 X日

被保険者（本人）

記号<該当する□に✓を記入>	保険番号（氏名コード）	勤務地・所属名<任継特退は記入不要>
☑従業員（2000） □特例退職（1000） □任意継続（100）	9 9 9 9 9 9	勤務地（　　） 所属名 ＜記入してください＞

氏名		生年月日	年齢	性別	単身赴任ですか
（フリガナ）ケンポ	タロウ	昭・平・令 X年 X月 X日	55歳	男・女	はい・いいえ
健　保	太　郎				

現住所	電話番号
郵便番号（　　－　　） ＜ 住民票住所を記入してください ＞	XXX－ XXXX － XXXX

被扶養者

氏名（楷書で分かりやすく記入）		生年月日	年齢	性別	続柄
（フリガナ）ケンポ	イチロウ	昭・平・令 X年 X月 X日	22歳	男・女	（妻・長男など）長男
健　保	一　郎				

削除理由 <該当する番号に○を記入>　必要な添付書類は２ページ目を確認下さい

１．ご逝去　２．就職　３．離婚：結婚　４．給付金受給開始　５．収入超過
６．海外居住　７．後期高齢医療制度　８．国民健康保険への加入　９．生計維持関係の変更
１０．その他（

削除該当日＊		
令和 8年	4月	1日

２ページ目を参考に
「削除該当日」を記入してください

手続きに必要な添付書類<該当する□に✓を記入>

☑ 有効期限内の資格確認書（お持ちの方のみ）
☑ ２ページ目を確認いただき、削除理由に応じて必要な添付書類を送付ください
※状況に応じて追加書類を求める場合があります。予めご了承ください。

削除該当日以降、診療・調剤・健診時にシャープの健康保険を使用しましたか？<該当する□に✓を記入>

☑ 使用していない
□ 使用した　→→→　削除該当日以降はシャープの健康保険を使用できません。
□ わからない　→→→　シャープ健保へ請求された医療費等は後日返納いただきます。返納後新しい保険者に請求できます。

・該当するものにチェック
・特にマイナ保険証で受診の際は、申請日より１か月間は、
　シャープ健保から変わったことを医療機関窓口にお伝えください

＊削除該当日とは、被扶養者の資格喪失日のことです。２ページ目を参照ください。
＊手続き先
＊国民健康
＊ファミリ　　します。
（ご参考）　　了後、届出書類が総務部門より送付され

【削除手続きが遅れると】

■ 削除日以降にシャープ保険証を使用していた場合
後日医療費の７割～９割相当分を被保険者に請求します。※手続き手数料はご自身の負担になります

■ シャープ健康保険組合の財政を圧迫
被扶養者（家族）の人数は国に納める高齢者医療制度負担金の算定基礎となっています。
削除届出の遅れ・忘れは皆さんから徴収した保険料から不要な架空の無駄な費用の支払いをすることになり、
財政負担が増加し、ひいては保険料の増加につながります。

皆さんのご協力をお願いします