

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	100 1000	番号	× × × × × ×	氏名	シャープ タロウ シャープ 太郎
	生年月日	昭和 ××年××月××日 平成	性別	男 女	〒123 - ×××× TEL 090 - ×××× - ×××× 大阪市阿倍野区〇〇町1-1-1	

被扶養者家族(1人目)	フリガナ	シャープ サチコ	生年月日	昭・平 ××年××月××日	年齢	23 歳	性別	男 女	続柄	長女
	氏名	シャープ 幸子	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	昭・平 令・ 年 月 日	年齢	歳	性別	男 女	続柄	
	氏名		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					

シャープ保険証の使用状況を回答ください。

上記家族は、削除に該当した日以降、シャープ健康保険証を使用されましたか？

いいえ ・  はい

※使用された時は、後日シャープ健康保険組合から医療費の請求をしますので、ご自身で精算手続きが必要です

シャープ健康保険証の原本と理由別の確認書類の添付も必要です

●添付書類●

①扶養削除となる家族のシャープ健康保険証原本

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のコピー (勤務先の健康保険証、採用通知書、労働契約書など)
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、各認申告書等のコピー
5 子女結婚	婚姻日が確認できる書類のコピー (婚姻届受理証明書、戸籍謄(抄)本など)
6 雇用保険	「雇用保険受給資格者証(両面)」のコピー、給付金支給決定通知書のコピー
7 後期高齢	後期高齢者医療被保険者証のコピー
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】

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

(様式番号 71-A)

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	100 1000	番号	××××××
	氏名			シャープ タロウ シャープ 太郎
生年月日	昭和 ××年××月××日 平成	性別	男 女	
〒123 - ×××× TEL 090 - ×××× - ×××× 大阪市阿倍野区〇〇町1-1-1				

被扶養者家族(1人目)	フリガナ	シャープ サチコ	生年月日	昭・平 ××年××月××日	年齢	75歳	性別	男 女	続柄	妻
	氏名	シャープ 幸子	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	昭・平 令・	年齢		性別		続柄	
	氏名		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					

75歳の担当日を記入ください

シャープ保険証の使用状況を回答ください。

上記家族は、削除に該当した日以降、シャープ健康保険証を使用されましたか？

いいえ ・  はい

※使用された時は、後日シャープ健康保険組合へご連絡ください。ご自身で精算手続きが完了するまで有効です。

①の健康保険証の原本のみ添付ください  
②の理由別の確認書類は不要です

●添付書類●

- ①扶養削除となる家族のシャープ健康保険証原本
- 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のコピー (勤務先の健康保険証、採用通知書、労働契約書など)
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、各認申告書等のコピー
5 子女結婚	婚姻日が確認できる書類のコピー (婚姻届受理証明書、戸籍謄(抄)本など)
6 雇用保険	「雇用保険受給資格者証(両面)」のコピー、給付金支給決定通知書のコピー
7 後期高齢	後期高齢者医療被保険者証のコピー
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】

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