

【提出先】 ① 株式会社カネカ在籍の方・任意継続被保険者⇒健康保険組合へ

※メール添付不可です。原紙を提出してください

② ①以外の方⇒お勤め先の健康保険担当部署

●「該当者の健康保険被保険者証」「添付書類」「(交付されている場合)限度額適用認定証・高齢受給者証・特定疾病療養受療証」とともに提出してください。事由発生日・添付書類は記入例をご確認ください。

常務理事	事務長	係	係

健康保険被扶養者(異動)届
(被扶養者削除)

被保険者	保険証記号		番号		事業所名	
	氏名				所属	
	住所	〒				
	電話番号					

被扶養者	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名								
	住所	〒			続柄	※	※子の場合は、[長男][長女]等を明記してください		
	削除理由								
	事由発生日	※	(和暦)	年	月	日	資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要

被扶養者	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名								
	住所	〒			続柄	※	※子の場合は、[長男][長女]等を明記してください		
	削除理由								
	事由発生日	※	(和暦)	年	月	日	資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要

被扶養者	フリガナ				生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
	氏名								
	住所	〒			続柄	※	※子の場合は、[長男][長女]等を明記してください		
	削除理由								
	事由発生日	※	(和暦)	年	月	日	資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要

※資格喪失証明書を被保険者の住所以外(勤務先など)に送付を希望する場合、送付先の住所・名称等をご記入ください

送付先	〒	
-----	---	--

令和 年 月 日提出

事業主欄	所在地	〒	<input type="checkbox"/> 当該届の次の事項について確認しました。 ・上記の記載内容に誤りがないこと。 ・申請者(被保険者)本人が作成した、または記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したこと。
	事業所名		
	事業主名		

健康保険組合記入欄	処理日	令和 年 月 日	削除日	令和 年 月 日
-----------	-----	----------	-----	----------