

■ 返却書類を添付して提出して下さい

健康保険 被扶養者（異動）届 《脱退用》

愛知製鋼健康保険組合 殿

◆記号・番号は、資格情報のお知らせ又はマイナポータルで確認できます

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	記号		番号	
	フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成
	氏名			
	住所	〒 都道府県		
	会社名	愛知製鋼株式会社	会社所在地	愛知県東海市荒尾町ワノ割1番地
部署名			内線	

被 扶 養 者 欄 ①	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	脱退する理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	扶養脱退日	令和 年 月 日		
	資格喪失証明書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行必要 <input type="checkbox"/> 発行不要	※国民健康保険に加入する方は必ず必要です	

被 扶 養 者 欄 ②	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 長男 <input type="checkbox"/> 次男 <input type="checkbox"/> 長女 <input type="checkbox"/> 次女 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 義父 <input type="checkbox"/> 義母 <input type="checkbox"/> その他 ()
	氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	脱退する理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()
	扶養脱退日	令和 年 月 日		
	資格喪失証明書 発行要否	<input type="checkbox"/> 発行必要 <input type="checkbox"/> 発行不要	※国民健康保険に加入する方は必ず必要です	

健康保険組合へ返却が必要な書類

①健康保険証 令和7年12月2日より前に脱退する方は返却

②資格確認書 有効期限内の書であれば返却

■ 資格情報のお知らせは、返却不要です

健康 保 険 組 合	常務理事	事務長	担当	担当

健保受付印

事業所受付印