

申請ルート: 申請者(被保険者)→事業場人事労務担当部署→ミットヨ健康保険組合

健康保險被扶養者 取消申請書

ミットヨ健康保険組合理事長 殿

被 保 険 者	被保険者等記号		被保険者等番号		申請日	
	氏名	氏		名	社員番号	
					生年月日	
	所属名称					
	住民票住所	〒 -				

【届出の際の注意事項】

※この申請書に、扶養を取り消す方のミットヨ健保の「健康保険証」および「資格確認書」(発行を受けている場合)を必ず添付してください。

添付できない場合は別途「健康保険被保険者証および資格確認書 滅失届」を添付してください。

(後期高齢者に該当するために取消となる場合は、高齢受給者証も添付してください)

※取消し期日後にミットヨ健康保険組合の「健康保険証」または「資格確認書」を使って診療や補助金を受けた場合は、取消し期日までさかのぼり健康保険組合が負担した費用を返納いただきます。

被扶養者（申請する家族）	ふりがな		性別	男	女	続柄	
	氏名	氏	名	生年月日			
	住民票住所	〒 ー					
	申請理由 (当てはまる番号に✓をつけ事由発生日、その他の場合は理由もご記入ください)	1 就職または、事業を始めた		就職日・開業日			
		2 死亡した		死亡日			
		3 雇用保険失業給付受給開始 ※受給者証(両面コピー)を添付		受給開始日			
		4 収入が扶養範囲を超えた(収入増加)		変更日			
		5 今まで就労していた就労先の健康保険に加入した		加入日			
6 後期高齢者に該当		該当日					
7 その他理由		事由発生日					
「資格喪失証明書」の発行について ⇒			発行を希望	する	しない		

事業主証明確認欄	上記確認のうえ、事実と相違ないことを証明します。		確認日				確認者
	事業所所在地	神奈川県川崎市高津区坂戸一丁目20番1号	年	月	日		
	名 称	株式会社 ミットヨ					
	事業主氏名	代表取締役社長 沼田 恵明					
事業主が確認した場合にチェック欄にチェックをいれてください。	チェック欄 ☐	この届出については①又は②の要件をみたしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。					

被保険者の個人番号(マイナンバー)

・被保険者等の記号番号を記入した場合は不要です

・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

健 保 記 入 欄		常務理事	事務長	係	係	健保組合受付欄
	取消日： 年 月 日					