

| | |
|-------------|-------------|
| 所属 支社名 | |
| 連絡先(電話・IP等) | 担当者(内務員は本人) |
| | ○ |

※太陽生命内務員等→人事WFの家族情報変更にて社保扶養区分を「扶養対象外」に変更すること。

| 健保処理欄 | | |
|-------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | | |

健康保険 被扶養者異動届【減】

| 被保険者証の | | | 被 保 険 者 の 氏 名 | 自署の場合は 押印不要 | 確認欄(下記を確認して□にチェックを入れること) |
|--------|----|-----|---------------------|----------------|---|
| 記号 | 番号 | 枝番 | | | |
| | | 0 0 | (氏) _____ (名) _____ | ○ | <input type="checkbox"/> 「被扶養者から除かれた日」と「新しい保険の資格取得日」が同日であることを確認しました。太陽生命健保交付の保険証はすべて返却します。(紛失の際は減失届を提出) |

※20歳以上60歳未満の配偶者の削除(収入超過、離婚、失業給付受給開始)の場合は「国民年金第3号被保険者関係届」も併せて提出すること

| (フリガナ) | 枝番 | 生年月日 | 年齢 続柄 | 被扶養者から除かれた日(削除日) | 削除理由(該当に、○) | 太陽生命健保の証回収について | ※新しく取得した健康保険証の提出について | 健保削除日確認欄 |
|---------|------|-------------------|----------|-----------------------------------|---|---|--|----------|
| 被扶養者の氏名 | 健保記入 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 妻・長男・次女等 | ※削除日より太陽生命健保の保険証は使用できませんのでご注意ください | 就職の場合=就職した日 死亡の場合=死亡の翌日 後期高齢該当=75誕生日 離婚の場合=離婚の翌日 | 被保険者証(カード) *高齢証・限度証・特定疾病受療証等 | 国保加入の際は不要です | |
| | 枝番 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 歳 | 令和 年 月 日 | 就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと | <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 国保以外 → <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 | |
| | 枝番 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 歳 | 令和 年 月 日 | 就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと | <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 国保以外 → <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 | |
| | 枝番 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 歳 | 令和 年 月 日 | 就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと | <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 国保以外 → <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 | |
| | 枝番 | 昭和 平成 令和 年 月 日 | 歳 | 令和 年 月 日 | 就職・結婚・収入超過・死亡 75歳到達・扶養者変更・離婚 失業給付受給開始・その他 | <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日返却予定 <input type="checkbox"/> 減失 「減失届」添付のこと | <input type="checkbox"/> 国保加入 <input type="checkbox"/> 国保以外 → <input type="checkbox"/> 添付 <input type="checkbox"/> 後日送付 | |

| | |
|--------|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | ○ |
| 電話 | |

※新しく取得した保険証の写しは保険加入の重複・未加入期間の確認のため、必要です
新しく取得した保険証の写しは社内便・FAXでも結構です FAX:03-3764-3760

国保加入の際は事業所に「資格喪失証明書」を依頼しお住まいの役所にてお手続き下さい

令和 年 月 日 提出

太陽生命健康保険組合理事長

※ 太陽生命営業職員の届出のときは支社職印を押印して健保に送付
太陽生命内務員等はブランクのまま給与厚生課へ送付