常務理事	事務長	担当者

被扶養者異動届　遅延理由書

提出日	年　月　日
被保険者等の記号ー番号	ー

被保険者	氏　名		性別	男　・　女
	生年月日	昭和　・　平成　・　令和　年　月　日		
	住　所	〒　ー　TEL　ー　ー		
事業所	名　称			
	所 在 地			
被扶養者	氏　名		性別	男　・　女
	生年月日	昭和　・　平成　・　令和　年　月　日		
	被保険者との続柄			
	届出の種類	扶養の増　・　扶養の減		
遅れた理由				
医療費について	『扶養をしなくなった日』以降に医療機関受診の有無	有　・　無		

【誓約文】
扶養をしなくなった日以降に医療機関へ当組合の資格確認書等で受診してしまった場合は
医療費や保険事業費等の当組合が負担した費用は全て返還に応じることを了承致します。

被保険者氏名

被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。

事業主の証明	令和　年　月　日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電　話

コムシスホールディングス健康保険組合

受付印

この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者（被保険者）本人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たものである。

事業主が確認した場合に〇で囲んでください　確　認

令和6年12月改訂