

【健康保険組合 宛】

記入日： 年 月 日

オリエンタルランド健康保険組合 様

確 認 書(被扶養者の削除)

保険証記号 : 番号: _____

氏 名 : _____

被扶養者資格喪失(削除)日 : 年 月 日

資格喪失(削除)日以降、保険医療機関で受診した場合には、
オリエンタルランド健康保険組合が支払った医療費7割(または8割)分を支払います。

※控えが必要な場合、以下の本人控えにもご記入をお願いいたします。

【被保険者本人控え】

保険証記号 : 番号: _____

氏 名 : _____

確 認 書(被扶養者の削除)

被扶養者資格喪失(削除)日 : 年 月 日

資格喪失(削除)日以降、保険医療機関で受診した場合には、
オリエンタルランド健康保険組合が支払った医療費7割(または8割)分
を支払います。

確 認 印