

# 健康保険 被扶養者（異動）届 【削除】 記入例

太枠内を記入してください（選択個所は○で囲む）。書き損じは訂正印にて訂正ください。

常務理事	事務長		担当

保険証 記号 - 番号	被保険者の氏名		生年月日	性別	資格取得日	標準報酬月額
1 - 1230△	(フリガナ)	ケンボ ハナコ	昭和・平成 63年 5月 10日	男・ 女	年 月 日	千円
	(氏)	健保 花子				
被保険者住所						携帯 TEL (必須)
〒 456-0△□▽ 東京都品川区○▽町 7丁目 8-9 □□マンション 101号室						090-1234-****

区分	扶養から外れる家族の氏名	続柄	生年月日	扶養から外れる日 (就職日など)	扶養から外れる理由 (該当に○)	削除連絡票の発行希望 (次の健康保険に加入済み の場合は不要です)	健保組合記入欄
削除	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保太郎	夫	昭和・平成・令和 1年 8月 3日	令和 3年 4月 1日	・就職 ・収入の超過 ・検認 ・失業手当受給 ・生計維持者変更 ・その他 ( )	希望する場合は✓ <input type="checkbox"/> 希望する	削除日 年 月 日
削除	(フリガナ) ケンボ イチロウ 健保一郎	長男	昭和・平成・令和 28年 10月 15日	令和 3年 4月 1日	・就職 ・収入の超過 ・検認 ・失業手当受給 ・生計維持者変更 ・その他 ( )	希望する場合は✓ <input checked="" type="checkbox"/> 希望する	削除日 年 月 日
削除	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年	・就職 ・収入の超過 ・検認 ・失業手当受給 ・生計維持者変更	希望する場合は✓	削除日
削除	(フリガナ)		昭和・平成・令和 年 月 日	令和 年		希望する場合は✓	削除日

**扶養から外れる日** ※この日以降に当組合の保険証で受診した場合は、医療費を請求いたします。

就 職 ) 扶養家族が就職して別の健康保険に加入した ⇒ 入社日(資格取得日)

収 入 の 超 過 ) 扶養家族の収入が扶養範囲を超えた ⇒ 雇用契約変更日など

検 認 ) 扶養家族の調査で削除の判定となった ⇒ 健保組合に指定された日

失 業 手 当 受 給 ) 日額 3,612 円以上の受給が開始した ⇒ 支給開始日(給付制限期間終了の翌日)

生 計 維 持 者 変 更 ) 離婚、再婚、転職等で別の家族が扶養することになった ⇒ 離婚日・再婚日・入社日など

扶養から外れる家族の保険証を添付しましたか？ ⇒

扶養から外れる家族の保険証は必ず返却してください。

扶養から外れた日以降に保険証を使用した場合は、その分の医療費を返還いただけます。

「限度額適用認定証」「高齢受給者証」などの交付を受けている場合は保険証とあわせてご返却ください。

主		行者	
			印

受付印