

**扶養削除の記入例**

**健康保険被扶養者(異動)届**

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

各事業所の人事・総務に扶養変更事由発生からすみやかに提出ください。

手書きの方は太枠内を黒色ボールペンでご記入ください。  
書類を訂正する場合は、2重線で訂正ください。訂正印は不要です。

**保険証参照**

被保険者欄	保険証記号	1 1 0 1	保険証番号	3 3 0	生年月日	昭和 平成 令和	0 4	1 1	1 1	備考
	氏名	(氏) 健保	(名) 太郎	資格取得年月日	昭和 平成 令和	2 7	0 4	0 1		
	住所	〒 444 - 1234 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇マンション101								

※自宅住所を記入

※ 配偶者の申請の場合は別途「国民年金 第3号被保険者関係届」の提出が必要です。書式は各事業所人事・総務にあります。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンボ	(名) ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和	0 5	0 5	0 5	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏) 健保	(名) 花子	個人番号	マイナンバー記入不要						
	続柄	妻	職業	会社員	収入(年収)	約200万	円	住所	(1.同居) 別居の方のみ記入	〒 -	
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離職 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由: )				
	子の出生の場合、下記欄も記入してください	収入は今後1年間の年間収入見込み額を記入 収入には非課税(通勤費や障害年金・遺族年金)も含まれます									
	増	配偶者の氏名	備考								

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	生年月日	昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	氏名	(氏)	「被扶養者でなくなった日」は下記をご記入ください。 ・就職・・・就職先の新しい保険証に記載された「資格取得年月日」 ・離婚・・・離婚した日 ・収入超過・・・事実が分かった日の翌月1日 ・失業給付受給・・・失業保険受給開始日 ・死亡・・・死亡日の翌日 ・75歳到達・・・75歳の誕生日 ・65歳障害・・・65歳の誕生日							
	続柄	備考								
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: / ) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由: )			
	子の出生の場合、下記欄も記入してください	備考								
	増	配偶者の氏名	備考							

【被保険者記載欄】 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面を確認し、該当する番号を備考欄に記載してください。

事業所所在地	〒 - 令和 年 月 日 提出	事業所担当者	健保組合
事業所名称	人事・総務使用欄	人事・総務使用欄	健保使用欄
事業主氏名		人事・総務使用欄	健保使用欄
電話番号			

<添付書類>

- ・就職の場合・・・「就職先の新しい保険証コピー」(就職先が国民健康保険加入の場合は不要)
- ・失業給付受給の場合・・・「受給資格者証両面コピー」

<書類経路> 申請者→ 人事・総務→ 健保組合

～扶養削除する方の保険証の返却をお願いします～