被扶養者届（削除申請用）

1．この届書は、被保険者自身が記入し、原則事由発生日から５日以内に事業主に提出してください。また、保険証・資格確認書等は必ず添付してください。
2．被保険者とは会社に勤めている人、被扶養者は家族です。届書記載誤り・記載漏れの無いよう願います。
3．削除事由発生日（就職によって、他の社会保険が付与された日等）に遡及して被扶養者を削除します。
4．削除事由発生日以降に発生した医療費や保険給付及び保健事業補助金等が支給されていた場合には、健保へ返還していただきます。
5．届出の内容によっては、その事実が確認できる書類の提出を求める場合があります。

						届出申請日	年　月　日
被保険者欄	被保険者等記号・番号	記号		番号		日中連絡のつく電話番号	（　　）	事業所名	
	被保険者氏名（自署）					生年月日	□S・□H　年　月　日	所属名	

被扶養者氏名（姓）・（名）		性別	生年月日	削除事由 削除理由発生日	当組合保険証等の添付状況	削除日（健保使用欄）
		□男 □女	□S・□H・□R 年　月　日	□就職　資格取得日:□H・□R　年　月　日 ※保険証交付日ではなく資格取得日を記入願います。可能であれば保険証写等を添付願います。 □死亡　死亡日：□H・□R　年　月　日 その他の理由(次の項目から選択) □収入超過 ※雇用保険受給開始によるときは、雇用保険受給資格者証(写)を添付願います。 □別居等による要件非該当 □離婚等による生計維持関係消滅 □配偶者加入健保への異動 その他の事由発生日：□H・□R　年　月　日	保険証□有　□無 高齢証□有　□無 限度額証□有　□無 資格確認書□有　□無 資格喪失証明書は「その他の理由」による届出の場合のみ、手続き完了後に発行します。	
		□男 □女	□S・□H・□R 年　月　日	□就職　資格取得日:□H・□R　年　月　日 ※保険証交付日ではなく資格取得日を記入願います。可能であれば保険証写等を添付願います。 □死亡　死亡日：□H・□R　年　月　日 その他の理由(次の項目から選択) □収入超過 ※雇用保険受給開始によるときは、雇用保険受給資格者証(写)を添付願います。 □別居等による要件非該当 □離婚等による生計維持関係消滅 □配偶者加入健保への異動 その他の事由発生日：□H・□R　年　月　日	保険証□有　□無 高齢証□有　□無 限度額証□有　□無 資格確認書□有　□無 資格喪失証明書は「その他の理由」による届出の場合のみ、手続き完了後に発行します。	
		□男 □女	□S・□H・□R 年　月　日	□就職　資格取得日:□H・□R　年　月　日 ※保険証交付日ではなく資格取得日を記入願います。可能であれば保険証写等を添付願います。 □死亡　死亡日：□H・□R　年　月　日 その他の理由(次の項目から選択) □収入超過 ※雇用保険受給開始によるときは、雇用保険受給資格者証(写)を添付願います。 □別居等による要件非該当 □離婚等による生計維持関係消滅 □配偶者加入健保への異動 その他の事由発生日：□H・□R　年　月　日	保険証□有　□無 高齢証□有　□無 限度額証□有　□無 資格確認書□有　□無 資格喪失証明書は「その他の理由」による届出の場合のみ、手続き完了後に発行します。	
事由発生日からひと月以上経過している場合は、届出が遅れた理由を記入してください。						

【事業主証明欄】
被保険者から「被扶養者届」の提出がありましたので、健康保険法施行規則により届出をします。
年　月　日
事業主名称・事業主名

健康保険組合使用欄				
常務理事	事務長	役職者	確認者	担当者

受付印

確認印

社会保険労務士記載欄	
氏名等 ㊞	

【健保確認欄】