

健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証等を添付してください。
（郵送される際はハサミ等で切込みを
入れて返却ください。）

常務理事	事務長		担 当

被保険者等 記号番号	1	被保険者 氏名	フリガナ ケンボ タロウ	生年月日				性別	資格取得年月日							
	2345678		健 保 太 郎	昭和 平成	年 5	月 0	日 0	7	3	1	男 女	平成 令和	年 2	月 6	日 0	4
被保険者 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1			電 話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇				標準報酬 月 額	千円 5 3 0						

異動の別	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	職業 又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	扶養をしなくなった日					理 由	備 考
減少	フリガナ (氏)	ケンボ 健保	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	妻	パート	200万 円	同居 別居	令和 平成	年	月	日	就職	喪失証明書 発行希望
		5		1	0	8							3	1	0		
減少	フリガナ (氏)		昭和 平成	年	月	日	男 女		円	同居 別居	令和 平成						
減少	フリガナ (氏)																
減少	フリガナ (氏)																
減少	フリガナ (氏)																

「扶養をしなくなった日」の日付について

①ご就職の場合・・・ご就職先の新しい健康保険の資格取得日
※入社日、証等発行日ではありません。

②被扶養者の収入が認定基準額を超えた場合・・・基準額を超えることが分かった日
※例)基準額・・・直近三ヶ月の給与の平均が108,334円(130万÷12ヶ月)(60歳未満の場合)
60歳以上の方は150,000円(180万÷12ヶ月)

③雇用保険の失業給付が始まった場合・・・失業給付の受給開始日

④離婚した場合・・・離婚日

喪失証明書をご希望される場合はこちらにご記入ください。(送付先は上記被保険者住所になります)

「扶養をしなくなった日」の日付について

①ご就職の場合・・・ご就職先の新しい健康保険の資格取得日
※入社日、証等発行日ではありません。

②被扶養者の収入が認定基準額を超えた場合・・・基準額を超えることが分かった日
※例)基準額・・・直近三ヶ月の給与の平均が108,334円(130万÷12ヶ月)(60歳未満の場合)
60歳以上の方は150,000円(180万÷12ヶ月)

③雇用保険の失業給付が始まった場合・・・失業給付の受給開始日

④離婚した場合・・・離婚日

⑤その他・・・原則、その事象の発生日(他の方の被扶養者になる等)

不明な場合は、事業所ヘルプデスクまたは健康保険組合までお問い合わせください。

喪失証明書をご希望される場合はこちらにご記入ください。(送付先は上記被保険者住所になります)

事業主の 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話

合証の写しを添付してください。 令和 年 月 日提出
受付日付印

※喪失証明書発行希望の場合は備考欄へその旨ご記入ください。