

健康保険 被扶養者（異動）届（削除）

※被保険者証を添付してください。
(郵送される際はハサミ等で右下に切込みを入れて返却ください。)

常務理事	事務長		担当

被保険者証の 記号番号	1	被保険者 氏名	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	年	月	日	男	平成	年	月	日	
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	ケンボ (氏)	ハナコ (名) 花子	昭和 平成 令和	男 女	妻	パート	200万 円	同居 別居	令和 平成	就職	喪失証明書 発行希望
減少											
減少											
減少											
減少											

「扶養をしなくなった日」の日付について

- ご就職の場合・・・ご就職先の新しい保険証に印字された資格取得日
※入社日、印字日ではありません。
- 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)
- 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
- 離婚した場合・・・離婚日
- 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

社会保険労務士の提出代行記載欄

給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。