

健康保険被扶養者異動(削除申請)届

※ 削除申請するご家族の保険証を添付してご提出ください。

提出先 事業所(会社)の人事(業務)担当部署へ
任意継続被保険者の方は直接、健康
保険組合にご提出ください

健康保険組合決裁欄		
常務理事	事務長	係

被保険者の 扶養削除する家族の	保険証	記号 番号	被保険者氏名			⑨	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	事業所名	(株)	部署名										
氏名(フリガナ)	性別	生年月日			続柄	扶養認定条件から 外れた(削除)の日			申請理由 下記番号選択 または記入		健康保険資格喪失証明書 (要・否)及び提出先		
	男女	昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	要・否	提出先:		
	男女	昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	要・否	提出先:		
	男女	昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	要・否	提出先:		
	男女	昭和 平成	年	月	日	平成	年	月	日	要・否	提出先:		

※健保組合記入欄				
証回収	削除年月日			
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
	平成	年	月	日

削除の日について

- ・ 就職や結婚、離婚、別居などの発生した日が明らかな場合は発生日が削除日。
ただし、死亡の場合は、亡くなった日の翌日が削除日になります。
- ・ 収入限度額を超えた、被保険者が主たる生計維持者でなくなったなど日付の特定が
出来ない場合は、その事由が発生した月の翌月1日が削除日になります。
- ★ 特例：確定申告の結果、収入限度額を超えていることがわかった場合は、
当組合独自の規定により対象年度の翌年6月1日が削除日になります。

※ 届出が遅れても、削除事由発生日(上記ルール)で削除します。
資格喪失後の医療費を公文健康保険組合が支払っている場合は、被保険者宛に後日
「医療費返還請求書」をお届けします。

申請理由

- ① 就職(社会保険加入)
 - ② 就職(社会保険非加入)
 - ③ 収入限度額を超えたため
 - ④ 自営業者となったため
 - ⑤ 結婚
 - ⑥ 死亡
 - ⑦ 離婚
 - ⑧ 両親が離婚
 - ⑨ 被保険者が主たる生計維持者でなくなった
 - ⑩ 独立(自活開始)
 - ⑪ 同居が条件の家族と別居
 - ⑫ 失業給付を受給するため
 - ⑬ 出産手当金を受給するため
- ※ いずれにも該当しないときは、原因を記入してください。

お願い

届出が1ヶ月以上遅れた
場合は、新しく取得した
保険証の写しを添付して
ください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日 提出

所在地

事業主の 名称

代表者名

⑨

事業主の欄は会社の人事担当部署
で証明します。事務局等で証明しな
いようご注意ください。