

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)の人事担当部署へ 任意継続被保険者の方は直接、健保組合へ
------------	---

健康保険組合決裁欄		
常務理事	事務長	係

被保険者の	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											
扶養削除する家族の	氏名(フリガナ)		性別	生年月日			続柄	被扶養者でなくなった日 (削除日)			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:	

※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

※ 届出が遅れても、認定基準を満たさなくなった日で削除します。
 削除日以降の医療費等を公文健康保険組合が支払っている場合は、後日返還していただきます。

削除日

申請理由

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。

理由	削除日
就職	就職した日
離婚	離婚した日(届出をした日)
死亡	死亡日の翌日
他の家族に扶養される	新しい健康保険に加入した日
生計維持関係がなくなった(別居又は独立)	別居又は独立を始めた日
限度額以上の収入が新たに発生	発生した日
年間収入の累計が限度額を超えた	超えた月の翌月1日
特例	確定申告の結果、収入限度額を超えた場合は、当組合独自の取り決めにより対象年度の翌年6月1日が削除日になります。

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 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 同居が条件の家族と別居 |
| ⑪ 独立(自活開始) | 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、理由を記入してください。

※ その他の理由で削除になる場合は、公文健康保険組合のホームページで確認していただくか、公文健康保険組合までお問い合わせください。

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にご注意ください。