

◎ 脱退する家族の『保険証』を添付し、事業所の担当部署へ提出してください。

記入例

健康保険 被扶養者異動届 (削除)
及び 資格喪失証明書申請書

※健保組合	常務理事	事務長	事務次長	担当者
	健保使用欄			

◎ 被保険者(社員)について記入

記号	1	番号	11111	社員No.	99999	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女	年齢	35才
被保険者欄 氏名	(氏) 大塚		(名) 一郎		勤務先 社内係	〇〇支店			
現住所	〒111-0011 東京都墨田区浅草1-1-1 TEL 03 (1234) 5678				〇〇〇〇ビル/5階 〇〇〇〇-〇〇〇〇 ※携帯可				

捺印忘れずに!
※シャチハタ不可

◎ 扶養からはずす家族のみ記入

被扶養者欄 氏名	(フリガナ) オオツカ	ハナ	続柄	妻	照	平	生年月日	4年5月1日
	(氏) 大塚	(名) 花	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	令			(27才)
被保険者との同居区分	<input checked="" type="radio"/> 同居 <input type="radio"/> 別居		<別居先住所> 〒 -					
異動の理由	<input checked="" type="radio"/> 就職 収入増加・雇用保険受給開始・離婚・死亡 <input type="radio"/> 75歳到達・国内居住要件非該当・その他()							
異動年月日	令和	元	年	5	月	15	日	(就職した日・死亡した日他)
健保組合	削除	日	令和	健保使用欄	日			

異動の理由
該当に○をつけて下さい
その他の場合は()内に記入

就職 = 就職した日
他健保加入 = 資格取得日
離婚 = 離婚の届出をした日
死亡 = 死亡した日

当健保削除後、新たな健康保険の手続等で「資格喪失証明書」が必要な場合は、
アイウ.該当に○を付けてください

◎上記家族の資格喪失証明書の発行を希望する場合は、以下該当に○を

① 証明書申請理由	<input checked="" type="radio"/> ア. 国民健康保険加入の為	<input type="radio"/> イ. 他健康保険加入の為	ウ. (理由)
② 証明書送付先	<input checked="" type="radio"/> ア. 自宅(上記被保険者現住所)	<input type="radio"/> イ. 勤務先(上記社内便送付先)	

※ 事業所担当者は、必ず日付記入と捺印をしてください

事業所受付日	令和	事業所担当者	使用欄	担当者印	事業所印
--------	----	--------	-----	------	------

※ 注意事項

- 《 必要な添付書類 》 * 保険証 ※脱退する家族のもののみ。
* 異動の理由が雇用保険受給開始の場合は、『雇用保険受給資格者証(※待機満了日が印字されたもの)』のコピー。
- 《 提出先 》 各事業所の担当部署(人事課等) ※ メールやFAXでは申請できません。必ず手書きで記入してください。鉛筆・消せるペンは不可。
- 《 記入上の注意 》 * 異動の理由 … 理由は明確に記入して下さい。(例. 就職・離婚・死亡等)
* 異動年月日 … 離婚=離婚した日、就職=就職した日、他健保加入=資格取得日、死亡=死亡した日 を記入してください。
- 《 その他 注意事項 》 * 雇用保険(失業保険)の受給が終了しましたら、再度健康保険加入の手続きが必要になります。