◎ 脱退する家族の『保険証又は資格確認書』を添付し
事業所の担当部署へ提出してください。

記 入 例

※資格確認書とは
R6.12.2以降保険証廃止の為
健保組合に発行依頼する証明書。
病院に行かれた際 窓口に提示をして3割受診になった証明書です。

削除 決定通知書の希望送付先を記入して ください

健康保険 被扶養者異動届（削除）

◎被保険者（社員）について記入

被保険者欄					
記号	1	番号	11111	社員No.	99999
氏名	（氏）大塚	（名）一郎			
現住所	〒111-0011 東京都墨田区浅草1-1-1 TEL 03 (1234)				

決定通知書送付先 該当に○をしてください
1 勤務先 所属名（社内便送付先）（ ビル/ 階）
2 自宅（左記被保険者現住所）

資格確認書※も所持していますか？確認をして該当に○をしてください。注意：記入必須

◎扶養からはずす家族のみ記入

被扶養者欄①				
氏名	（フリガナ）オオツカ ハナコ		性別	男・女
	（氏）大塚	（名）花子		妻
生年月日	平 令 4年 日（ 32才）			
異動の理由	就職・収入増加・雇用保険受給開始・離婚・死亡・75歳到達・国内居住要件非該当・その他（ ）		資格確認書の有無	資格確認書を所持していますか？要返却 有 ： 無
異動年月日	令和 6年 12月 5日	（就職した日・死亡した日 他）		
備考				

※ 健保組合記入欄

保険証	添付 ・ 滅失届
資格確認書	健保使用欄
削除日	令和 年 月 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

異動年月日	令和 年 月 日	（就職した日・死亡した日 他）	

※ 健保組合記入欄

保険証回収	添付 ・ 滅失届
健保組合削除日	令和 年 月 日

◎処理完了後に上記ご家族の「健康保険被扶養者（異動）決定通知書」を送付します。
国民健康保険加入等にお使いください。

— 受付日付印 —

※ 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	事業所担当者印	

※ 注意事項

《 必要な添付書類 》 ＊ 保険証 又は 資格確認書 ※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。