

記入見本

この届出を滞り、資格がない状態で保険証を使用して医療機関にかかったり、保険給付を受けたことがわかったときは、被保険者へ健康保険組合が負担した医療費を請求いたします。

健康保険被扶養者(異動)届
(被扶養者削除)

被保険者	保険証記号	1000	番号	123456	事業所名	株式会社カネカ
	氏名	鐘化 健太郎			所属	高砂工業所 Oグループ●チーム
	住所	〒 530-8288 大阪府大阪市北区中之島●-▲-■				
	電話番号	050-●●●●-△△△△				

被扶養者	フリガナ	カネカ ヤスオ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 10 年 5 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和		
	氏名	鐘化 康男		続柄 ※	長男	※子の場合は、[長男][長女]等を明記してください
	住所	〒 同上				
	削除理由	就職のため				
	事由発生日※	(和暦) 令和5年 4月 1日	資格喪失証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要※		

被扶養者	フリガナ	カネカ ヤスコ	生年月日	該当者が20歳以上60歳未満の配偶者かつ、他の健保資格取得以外の手続きにおいては、国民年金第3号関係届(非該当)の書類も必要です		
	氏名	鐘化 康子		続柄 ※	妻	※子の場合は、[長男][長女]等を明記してください
	住所	〒 107-6028 東京都港区赤坂1-12-32 鐘化 康子宛				
	削除理由	失業保険受給開始のため				
	事由発生日※	(和暦) 令和5年 4月 1日	資格喪失証明書	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要※		

※資格喪失証明書を被保険者の住所以外(勤務先など)に送付を希望する場合、送付先の住所・名称等をご記入ください

送付先	〒 107-6028 東京都港区赤坂1-12-32 鐘化 康子宛 / 高砂工業所 Oグループ●チーム など
-----	---

令和 5 年 4 月 3 日提出

送付先住所・氏名
社内便の場合、事業所名・所属部署をご記入ください。

理由	事由発生日	添付書類 ※該当者の保険証は必須
就職等により他の健康保険の資格を取得した	資格取得日(就職した日)	勤務先より交付された保険証のコピー
死亡	死亡日の翌日	家族埋葬料請求書
別居・結婚等により生計維持関係がなくなった	別居・結婚した日	-
離婚したとき	離婚が成立した日	-
雇用契約の変更等により、 年収見込額が基準額以上になったとき	収入が変更になった月の1日	-
収入が基準額以上になったとき (雇用契約の変更等を伴わない場合)	収入の基準を満たさなくなった月の 翌月1日	-
失業給付等の受給を開始した	受給開始日	雇用保険受給資格者証のコピー(両面)
夫婦の年間収入の逆転により扶養基準を 満たさなくなったとき	他の健康保険において 被扶養者として認定された日	新たに交付された保険証のコピー
後期高齢者医療制度に加入したとき	加入した日	・高齢受給者証 ・65~74歳で障害認定を受け、後期高齢者医療に加入した方は、交付された保険証のコピー