

被扶養者届 (減少用)

常務理事	事務長	業務課長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号-番号	-		氏名	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	提出年月日	令和 年 月 日
	現住所	〒 - TEL - -			
	被保険者証の記号・番号を記入しない場合、被保険者のマイナンバーを記入し、個人番号確認、本人確認をするための注8の添付書類をつけて提出ください。				

削 除 対 象 者	氏名		扶養しなくな った理由	1. 就職先の被保険者証を取得した 2. 死亡 3. 離婚した 4. 他の被保険者の扶養に入る 5. 扶養限度内収入を超え、国保加入する 6. その他 ()
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		
	扶養しなくな った日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄 削除年月日	令和 年 月 日

削 除 対 象 者	氏名		扶養しなくな った理由	1. 就職先の被保険者証を取得した 2. 死亡 3. 離婚した 4. 他の被保険者の扶養に入る 5. 扶養限度内収入を超え、国保加入する 6. その他 ()
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		
	扶養しなくな った日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄 削除年月日	令和 年 月 日

削 除 対 象 者	氏名		扶養しなくな った理由	1. 就職先の被保険者証を取得した 2. 死亡 3. 離婚した 4. 他の被保険者の扶養に入る 5. 扶養限度内収入を超え、国保加入する 6. その他 ()
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		
	扶養しなくな った日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄 削除年月日	令和 年 月 日

事 業 主 欄	所在地	
	上記のとおり証明します。	名 称
	令和 年 月 日	役 職
		氏 名

【注意
事項】

- 被扶養者が認定基準を外れたときに、事由発生の日より5日以内に該当被扶養者の健康保険証（他に当組合が発行した各種証がある場合はその証も）を添えて提出ください。
- 日付は和暦、選択欄は該当数字を記入するか該当数字を○で囲んでください。
- 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署ください。（修正テープ使用不可）
- 就職による届け出は、就職先の健康保険証の表面の写しも添えてください。
- 届出の理由が死亡の場合の「扶養しなくなった日」は、死亡日の翌日を記入してください。
- 死亡の以外の理由の「扶養しなくなった日」は、事由発生前年月日を記入してください。
- 削除日以降に、当組合の健康保険証を使用された場合、当組合に請求のある法定分の医療費の返納を求める場合があります。
- マイナンバーで届出の場合「マイナンバーカードの両面の写し」もしくは「マイナンバーを記載した公的書類の写しと官公署が発行する写真付き身分証の写し」のどちらかを添付してください。

被扶養者（資格削除）決定通知書

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号-番号	-		氏名	
	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	提出年月日	令和 年 月 日
	現住所	〒 - TEL - -			

削 除 対 象 者	氏名		扶養しなく なった理由	1. 就職先の被保険者証を取得した 2. 死亡 3. 離婚した 4. 他の被保険者の扶養に入る 5. 扶養限度内収入を超え、国保加入する 6. その他 ()
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		
	扶養しなく なった日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄 削除年月日	

削 除 対 象 者	氏名		扶養しなく なった理由	1. 就職先の被保険者証を取得した 2. 死亡 3. 離婚した 4. 他の被保険者の扶養に入る 5. 扶養限度内収入を超え、国保加入する 6. その他 ()
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		
	扶養しなく なった日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄 削除年月日	

削 除 対 象 者	氏名		扶養しなく なった理由	1. 就職先の被保険者証を取得した 2. 死亡 3. 離婚した 4. 他の被保険者の扶養に入る 5. 扶養限度内収入を超え、国保加入する 6. その他 ()
	生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和		
	扶養しなく なった日	令和 年 月 日	※健保組合使用欄 削除年月日	

事 業 主 欄	所在地	
	上記のとおり証明しました。	
	令和 年 月 日	所在地 名称 役職 氏名