

健康保険 被扶養者(異動)届 減

年 月 日提出

| | | | | | |
|------|------|----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務局長 | 部長 | 課長 | 係長 | 抜者 |
| | | | | | |

| | |
|--------|---|
| 事業主記載欄 | |
| 事業所記号 | |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | |

| |
|-----|
| 受付印 |
|-----|

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| 印 |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------|----|---------|----------------|-----|------|----------|---|--------|----|----|-----|--|
| 被保険者 | 番号 | (フリガナ) | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | |
| | | 資格取得年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| 住民票住所 | 〒 | | | | | | | 標準報酬月額 | 千円 | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|--------|-----|-----|------|----------------|--|------------|----|----|-----|---|
| 被扶養者 | 氏名 | (フリガナ) | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | |
| | | 続柄 | 職業 | 備考 | | | | | | | | |
| 1 | 扶養しなくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 就職・結婚・離婚・雇用保険受給開始 収入オーバー・死亡(年 月 日) 別居・その他() | ※ 削除年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|--------|-----|-----|------|----------------|--|------------|----|----|-----|---|
| 被扶養者 | 氏名 | (フリガナ) | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | |
| | | 続柄 | 職業 | 備考 | | | | | | | | |
| 2 | 扶養しなくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 就職・結婚・離婚・雇用保険受給開始 収入オーバー・死亡(年 月 日) 別居・その他() | ※ 削除年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|--------|-----|-----|------|----------------|--|------------|----|----|-----|---|
| 被扶養者 | 氏名 | (フリガナ) | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | |
| | | 続柄 | 職業 | 備考 | | | | | | | | |
| 3 | 扶養しなくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 就職・結婚・離婚・雇用保険受給開始 収入オーバー・死亡(年 月 日) 別居・その他() | ※ 削除年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|-----------|--------|-----|-----|------|----------------|--|------------|----|----|-----|---|
| 被扶養者 | 氏名 | (フリガナ) | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | |
| | | 続柄 | 職業 | 備考 | | | | | | | | |
| 4 | 扶養しなくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 理由 | 就職・結婚・離婚・雇用保険受給開始 収入オーバー・死亡(年 月 日) 別居・その他() | ※ 削除年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |

[注意事項]

◎添付する証明書については裏面をよくお読みください。

[共通事項]

◎「※」印欄は記入しないでください。

◎この届出は、異動が生じた日から、5日以内に事業主を経由して健保組合へ提出してください。

この届書は、「被扶養者でなくなった場合」に事実発生日から5日以内に提出していただくものです。

1. 扶養しなくなった日・提出書類について

| 事実発生の内容 | 扶養しなくなった日 | 提出書類 |
|--|----------------------------|---|
| 就職先で健康保険に加入した場合 | 就職先での資格取得日 | 事実発生日から60日以上経過した申請の場合は、就職先で新しく交付された資格情報のお知らせ |
| 他の方の扶養となった場合 | 扶養認定日 | 事実発生日から60日以上経過した申請の場合は、扶養加入先で交付された資格情報のお知らせ |
| 収入が超えて <u>認定基準額</u> （※1）を超えた場合 | 基準を超えた日 | — |
| 雇用保険失業給付の日額が3,612円（60歳以上5,000円）を超える受給が始まった場合 | 失業給付受給開始日 | 雇用保険受給資格者証の両面のコピー |
| 結婚・離婚により生計維持関係がなくなった場合 | 結婚・離婚をした日 | 事実発生日から60日以上経過した申請の場合は、戸籍謄本または婚姻受理証明書・離婚受理証明書 |
| 収入が被保険者の収入の2分の1を超えた場合 | 収入が被保険者の収入の2分の1を超えた日 | — |
| 主として生計を維持されなくなった（基準を満たさなくなった）場合 | 生計維持関係がなくなった（基準を満たさなくなった）日 | — |
| 同一世帯が必須条件の被保険者と別居した場合 | 別居した日 | — |
| 被扶養者が死亡した場合 | 死亡した日の翌日 | — |

※1 以下の基準を参考にしてください。

| 認定対象者 | 年間収入 | (平均) 月額収入 |
|-------------------------|---------|------------|
| 60歳未満 | 130万円未満 | 108,334円未満 |
| 60歳以上または障害年金の受給要件に該当する方 | 180万円未満 | 150,000円未満 |

2. その他

- ・ 交付されている方は、資格確認書・高齢受給者証を添付ください。
紛失された場合には、各種「滅失届」を添付してください。
- ・ 届出理由により削除日及び、添付書類が変わる場合があります。
- ・ 削除日以降、当組合の資格を使用して医療機関等を受診することはできません。
切り替え手続き中は医療機関等の窓口にて、切り替え中と申し出をお願いいたします。
※受診された場合は、その間の医療費・給付金を全額返還していただくことになります。