

取扱注意



健康保険被扶養者異動届 (扶養しなくなったとき)

事業主 (事業主代理人) 記入箇所	
下記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。	
事業所所在地	〒 - 令和 年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

健保受付

健康保険組合 記入欄				
異動年月日				補記事項
号	年	月	日	
令和				

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

確認欄	この届出は、自署または以下の要件に該当し、「確認欄」に <input checked="" type="checkbox"/> を入れた場合は押印を省略することができます。
<input type="checkbox"/>	【要件】この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人 (被保険者) が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者番号	被保険者氏名	被保険者生年月日		所 属 (任意継続被保険者の方については現住所)											
			上記に✓があれば押印省略可		昭・平 生											
			(印)													
	被扶養者氏名	性別	続柄	生年月日			申請事由			扶養しなくなった日			添付書類			
	フリガナ		例) 長男等 <th>号</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> <th colspan="3">※下記申請事由の区分より選択願います。</th> <th>号</th> <th>年</th> <th>月</th> <th>日</th> <th>※必ず記入ください</th>	号	年	月	日	※下記申請事由の区分より選択願います。			号	年	月	日	※必ず記入ください	
	姓	名														
			男・女	昭平令				区分	・「区分E」の場合は、被扶養者の住民票を届出している住所を記入ください。			令				
			男・女	昭平令				区分				令				
	資格喪失証明書発行願				申請事由の区分											
	「資格喪失証明書」の発行が必要 <input type="checkbox"/>				A: 就職 B: 結婚 C: 離婚 D: 死亡 E: 後期高齢者医療制度への移行 F: 雇用保険受給開始 G: 収入限度額超過 H: その他 ※被扶養者の自立、別居による非扶養、仕送り中止、主たる生計維持者の変更等											
【発行理由】該当する項目に✓をつけてください																
• 他の健康保険組合、国民健康保険に加入 <input type="checkbox"/>																
• その他 ( ) <input type="checkbox"/>																
記入にあたっての留意点 (ご一読ください)																
届出内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定そのものを取り消すことがあります。 その間に使用された医療費は全額お返しいただきます。																
<b>抹消対象者の資格確認書 貼付欄</b>																
ここに扶養しなくなる被扶養者の資格確認書 (交付された方のみ) をセロテープ等で貼付け下さい。 ※資格確認書の回収ができない場合は、「証等回収不能届」を提出してください。																
なお、限度額適用認定証、高齢受給者証等、その他の証を発行している方については、本届出用紙と一緒に提出してください。																