

減

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。	
	令和 年 月 日提出
事業所所在地	〒 -
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 ☒ を入れた場合は押印を省略することができます。 【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 印		昭 ・ 平 年 月 日生													
	被 扶 養 者 氏 名		性 別	続柄 例）長男等	生 年 月 日				申 請 事 由 ※下記申請事由の区分より選択願います。				扶 養 し な く な っ た 日				添 付 書 類 ※必ず記入ください	
	フリガナ				号	年	月	日					号	年	月	日		
	姓 名		男 ・ 女		昭 平 令					区分 ・「区分G」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						
			男 ・ 女		昭 平 令						区分	令						
申 請 事 由 の 区 分																		
A：就職 B：結婚 C：離婚 D：雇用保険受給※日額3,611円を上回る場合 E：収入限度額超過 F：死亡 G：後期高齢者医療制度移行のため 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																		
ここに扶養しなくなる被扶養者の保険証をセロテープ等で貼付け下さい。 ※令和6年12月1日以前に発行された保険証は回収の対象となります。 保険証の回収ができない場合は、「被保険者証回収不能届」を提出してください。 ※令和6年12月2日以降に「資格確認書」が発行された方は、「資格確認書」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。																		
抹消対象者の保険証 貼付欄																		