

取扱注意

減健康保険被扶養者異動届（扶養しなくなったとき）

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				

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	〒 ー 令和 年 月 日提出
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

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
-----	--

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）															
	1 2 3 4 5 6 7		関西 健太郎		昭和 7 年 12 月 2 日生		関西電力 ○○事業本部 ○○グループ															
	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	区 分		号	年	月	日								
	姓 名		男・女	妻	昭 平 令	1	0	0	1	0	5	A	令	0	6	1	2	0	5	・「資格情報のお知らせ」写し （就職先が発行したもの） ・関電健保の保険証（※） ※「保険証」をお持ちの場合は、下欄に添付してください。 令和6年12月2日以降、「資格確認書」が発行された場合も下欄に添付してください。		
	関西 保子																					区 分
			男・女		昭 平 令								令									
	資格喪失証明書発行願																					
	「資格喪失証明書」の発行が必要																		確認欄		☐	
	【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 ☐																						
・その他（ ） ☐																						
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します。																						

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