

◆本書類に併せ、必要書類をセットして、事業所の健保担当経由で健保に提出してください。

健康保険被扶養者異動届（扶養終了）

事業所欄	申請内容に相違がないことをご確認のうえ、 事業所印を押してください。	常務理事	事務長	健保受付印
		担当者	担当者	
代表者印（丸印）不要		社会保険労務士記載欄		

・申請する方が複数名の場合は、本届出書を複数名分ご提出ください。

(2枚目以降の被保険者欄の記入は「保険証番号」、「氏名」のみ記入ください。)

※自筆の場合は捺印不要。訂正する場合は、二重線で抹消し、訂正印を押してください。

被保険者	保険証番号	1	-	123456	事業所名	株式会社 住重健保
	被保険者氏名	住重 健太			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 ×× 年 ×× 月 ×× 日 <input type="checkbox"/> 平成
					電話番号 (日中連絡先)	03-xxxxx-xxxxx

対象者	被扶養者氏名	続柄	保険証	※保険証の返却は必須です。 必ずこの用紙に添付してください。 紛失により添付できない場合はHP掲載の「健康保険（被保険者・被扶養者）未返納届」を併せて提出してください。
	住重 康子	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 滅失	
健保記入	扶養終了年月日	資格喪失証明書		【資格喪失証明書】 国民健康保険等加入の際に必要な書類です。
	令和 6 年 4 月 〇 日	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
健保記入	扶養削除年月日	コメント等		
	令和 年 月 日	※給付履歴有無等		

下表、扶養終了理由に☑し、その理由に応じた書類を添付してください。

扶養終了の理由（該当する者に☑）	必要書類（添付した必要書類のチェック欄に☑）
<input checked="" type="checkbox"/> 勤務先の健康保険に加入 <input type="checkbox"/> ①勤務時間数の増加や契約期間の延長により加入 <input checked="" type="checkbox"/> ②就職と同時に加入	※①～②共通 <input checked="" type="checkbox"/> 就職先の保険証の写し
<input type="checkbox"/> 雇用保険 失業等給付の受給開始	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の両面の写し
<input type="checkbox"/> 収入増加（国保加入） <input type="checkbox"/> 年金収入の増加 <input type="checkbox"/> 収入が基準額を超えてしまった	
<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 離婚届受理証明書の写し または 戸籍謄本の写し
<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 死亡診断書の写し
<input type="checkbox"/> 扶養異動（他の家族へ扶養の付け替え） <input type="checkbox"/> 他の家族の健康保険に扶養追加済み・予定 <input type="checkbox"/> 他の家族の収入が被保険者の収入を超えるため	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本の写し または 新しい保険証の写し <input type="checkbox"/> 他の家族の所得証明書の写し（収入を超える家族）
<input type="checkbox"/> その他 理由：	事業所の健保担当者にご相談ください。

◆必要に応じて内容の問い合わせや追加書類の提出を求める場合があります。