

## 扶養削除の記入例

### 健康保険被扶養者(異動)届

各事業所の担当部署に扶養変更事由発生からすみやかに提出ください。

手書きの方は太枠内を黒色ボールペンでご記入ください。  
書類を訂正する場合は、2重線で訂正ください。訂正印は不要です。

「記号・番号」はご自身のマイナポータルや「資格情報のお知らせ」に記載してありますのでご確認の上、ご記入ください。  
本人と被扶養者は同じ記号番号です。  
「資格取得年月日」は「資格情報のお知らせ」に記載してあります。  
ご不明な場合は事業所にお問い合わせください。

被保険者欄	記号	1 1 0 1	番号	3 3 0	生年月日	昭和 平成 令和	年	0 4	月	1 1	日	1 1	備考
	氏名	(氏) 健保	(名) 太郎	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	2 7	月	0 4	日	0 1		
	住所	〒 444 - 1234 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇マンション101											

※自宅住所を記入

※ 配偶者の申請の場合は別途「国民年金 第3号被保険者関係届」の提出が必要です。書式は各事業所人事・総務にあります。

被扶養者欄	氏名	(フリガナ) ケンポ	ハナコ	生年月日	昭和 平成 令和	年	0 5	月	0 5	日	0 5	性別	1.男 (2.女)
	続柄	妻	職業 会社員	収入(年収)	約200万	円	住所	1.同居 別居の方のみ記入 〒 - 2.別居					
	被扶養者になった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 被保険者の就職 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: / ) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由: )						
	増	配偶者の氏名	備考										
	減	被扶養者でなくなった日	令和	0 5	0 1	0 1	理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: / ) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由: )					

収入は今後1年間の年間収入見込み額を記入  
収入には非課税(通勤費や障害年金・遺族年金)も含まれます

被扶養者欄	氏名	(フリガナ)	生年	昭和	年	月	日	性別	第 2.女	
	続柄	(氏)	「被扶養者でなくなった日」は下記をご記入ください。 ・就職・・・就職先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」に記載された「資格取得年月日」 ・離婚・・・離婚した日 ・収入超過・・・事実が分かった日の翌月1日 ・失業給付受給・・・失業保険受給開始日 ・死亡・・・死亡日の翌日 ・75歳到達・・・75歳の誕生日 ・65歳障害・・・65歳の誕生日							
	増	配偶者の氏名	備考							
	減	被扶養者でなくなった日	令和	年	月	日	理由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 収入超過 <input type="checkbox"/> 失業給付受給 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日: / ) <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳障害 <input type="checkbox"/> その他(理由: )		

#### <添付書類>

- ・就職の場合・・・就職先の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」のコピー (就職先が国民健康保険加入の場合は不要)
- ・失業給付受給の場合・・・「受給資格者証両面コピー」

ください。

事業所	事業所名	事業所担当	事業所使用欄
氏名	【FUJI社員の方】 <書類経路> 申請者 → 人事 → 健保組合	健保使用欄	
電話番号	【グループ会社社員の方】 <書類経路> 申請者 → 総務 → 健保組合		

～扶養削除する方の保険証または資格確認書の返却をお願いします～