

被 扶 養 者 【 取 消 】 申 請 書

令和 年 月 日 申請

＜確認欄＞ この申請については、以下 ①および②の要件を満たしたものである。
(チェック) ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
☐ ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

被 保 険 者 証		事 業 所 ・ 所 属	被保険者氏名		被保険者 郵便番号		被 保 険 者 住 所 (居 所)	
記 号	番 号		(フリガナ)					
			(氏 名)					
					連絡先 (携 帯 ・ 自 宅)		()	

被 扶 養 者	①	被扶養者氏名		性別 男 女	生年月日				年齢	続柄	職業	扶 養 の 取 消 を す る 理 由		
		(フリガナ)	元号		年	月	日	☐ 勤務先の健康保険に加入したため (資格取得日: 令和 年 月 日)				☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため		
		(氏 名)	昭和 平成 令和					☐ 年間収入見込額が限度額を超えたため (年間収入見込額: 円)				☐ 配偶者が加入する健保へ扶養を異動したため (資格取得日: 令和 年 月 日)		
	②	(フリガナ)		男 女	元号	年	月	日	☐ 勤務先の健康保険に加入したため (資格取得日: 令和 年 月 日)	☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため				
		(氏 名)	昭和 平成 令和					☐ 年間収入見込額が限度額を超えたため (年間収入見込額: 円)	☐ 配偶者が加入する健保へ扶養を異動したため (資格取得日: 令和 年 月 日)					
								☐ 別居により、扶養要件が非該当となったため	☐ 死亡のため (死亡日: 令和 年 月 日)					
	③	(フリガナ)		男 女	元号	年	月	日	☐ 勤務先の健康保険に加入したため (資格取得日: 令和 年 月 日)	☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため				
		(氏 名)	昭和 平成 令和					☐ 年間収入見込額が限度額を超えたため (年間収入見込額: 円)	☐ 配偶者が加入する健保へ扶養を異動したため (資格取得日: 令和 年 月 日)					
								☐ 別居により、扶養要件が非該当となったため	☐ 死亡のため (死亡日: 令和 年 月 日)					
扶 養 の 取 消 を す る 理 由 (上 記 の 選 択 肢 に 該 当 し な い 場 合 は ご 記 入 く だ さ い)										※ 取消年月日 (記入不要)		※ 取消事由 (記入不要／健保使用欄)		
者	①													
	②													
	③													

下欄の①②③へ続く

事業主の証明欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
連 絡 先	

※健保組合処理欄	常務理事	事務長	審 査	担 当
	決 裁			
	令和 年 月 日			
	① 資格確認書 交付：有 (回収 ・ 滅失) ／ 無 ② 資格確認書 交付：有 (回収 ・ 滅失) ／ 無 ③ 資格確認書 交付：有 (回収 ・ 滅失) ／ 無			

健保受付日付印