

被保険者の 記号・番号を右詰め(枝番は不要)で記入してください

フリガナを必ず記入してください

①・②を確認の上、確認欄口にレ点(チェック)を記入してください

被扶養者【取消】申請書

令和 7 年 10 月 10 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)	ケンボ タロウ	9 8 7 9 8 7 6	〇〇県××市△△町 1-2-3 ◇◇マンション201
9 9 9 1 2 3 4 5 6 7		日本たばこ産業株式会社 ××支店 △△営	(氏 名)	健 保 太 郎	連絡先 (携帯・自宅)	9 9 9 (8 8) 7 7 7 7

被 扶 養 者	被扶養者氏名	性別	生年月日				年齢	続柄	職業	扶 養 の 取 消 を す る 理 由	
			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 7 年 9 月 1 日) ☐ 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) ☐ 別居により、扶養要件が非該当となったため	☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため ☐ 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) ☐ 死亡のため (死亡日: 令和 年 月 日)
①	(フリガナ) ケンボ ハナコ (氏 名) 健 保 花 子	男 女	昭和 平成 令和	9 9	0 4	1 0	46	妻	会社員	☒ 勤務先の健康保険に加入したため (資格取得日: 令和 7 年 9 月 1 日) ☐ 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) ☐ 別居により、扶養要件が非該当となったため	☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため ☐ 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) ☐ 死亡のため (死亡日: 令和 年 月 日)
②	(フリガナ) ケンボ イチロウ (氏 名) 健 保 一 郎	男 女	昭和 平成 令和	9 9	1 0	3 1	20	子	学生	☐ 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) ☒ 年間収入見込額が限度額を超えたため (年間収入見込額: 1,520,000 円) ☐ 別居により、扶養要件が非該当となったため	☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため ☐ 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) ☐ 死亡のため (死亡日: 令和 年 月 日)
③	(フリガナ) ケンボ ヨウコ (氏 名) 健 保 陽 子	男 女	昭和 平成 令和	9 9	0 1	0 1	23	子	無職	☐ 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) ☐ 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) ☐ 別居により、扶養要件が非該当となったため	☐ 離婚により、生計維持関係消滅のため ☐ 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) ☐ 死亡のため (死亡日: 令和 年 月 日)

下欄の①②③へ続く

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

※ 取消事由 (記入不要 / 健保使用欄)

①	
②	
③	令和〇年〇月〇日の結婚に伴い、生計維持関係が消滅したため。

該当する扶養取消の理由にレ点(チェック)を記入してください。
選択肢に該当する理由がない場合は、
左の自由記入欄に取消申請の理由を記入してください。
※この取消申請書に、必要書類を添付してください。

事業主の証明欄	令和 年 月 日	※ 健保保組	決 裁	常務理事	事務長	審 査	担 当
	事業所所在地		令和 年 月 日				
	事業所名称						
	事業主氏名						
連 絡 先							

健保受付日付印

【提出先】

- ・ JT社員の方は、(株) JTビジネスコム 人事グループ社会保険担当へ提出してください
- ・ JT以外の構成法人にお勤めの方は、会社の社会保険担当へ提出してください
- ・ 任意継続被保険者の方は、直接 ジェイティ健康保険組合へ提出してください