

被扶養者届（削除申請用）

※削除する被扶養者の方の「資格確認書」・「高齢受給者証(交付者のみ)」・「限度額証(交付者のみ)」は、必ずこの届に添付し、事業主経由で当健保組合へ返還してください。（任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は直接当健保組合へ返還してください）
 ※削除事由発生日（就職等によって、他の社会保険が付与された日等）に遡及して被扶養者を削除します。
 ※当健保組合より「被扶養者削除決定通知書」を被保険者宛に送付します。
 国民健康保険等への加入手続きのために「資格喪失証明書」の発行が必要な場合、「資格喪失証明書」の発行欄に☑をつけてください。
 ※削除日以降の医療費や療養費及び保健事業（補助金）等については、原則として当健保組合へ返還していただきます。

健康保険	記号	番号	届出申請日	年 月 日	
被保険者氏名（自署） （社員または元社員ご本人様の自署）			「削除決定通知」および「資格喪失証明書」（該当者のみ）の送付先住所 任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要です。 原則として当申請書にご記入の送付先へ被保険者宛に送付します。 確実に受け取り可能な住所をご指定いただきますようお願いいたします。	〒 —	
生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日			都 道 府 県	市 区 町 村
被保険者連絡先 日中連絡可能な電話番号	()				

※枠内の網掛け部分は被保険者ご自身でご記入いただき、該当箇所に☑をつけてください

被扶養者①	削除対象者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	削除事由 （事由発生日に遡及して被扶養者を削除します）	削除事由発生日 （次の保険の資格取得年月日・認定年月日等）	年 月 日 ■就職の場合：次の保険の資格取得年月日 ■死亡の場合：死亡日の翌日 ■恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過した場合：収入が被扶養者認定の収入基準を超えることが分かった日 ■失業給付（日額が基準を超える）受給開始の場合：失業給付受給開始日		
	「資格喪失証明書」の発行（発行希望の方のみいずれかに☑） ※☑がない場合は発行不要とします	<input type="checkbox"/> 国民健康保険等、他の健康保険加入手続きのため必要 <input type="checkbox"/> その他の理由により必要（理由： ）			
	削除対象被扶養者の資格確認書等の添付状況 （「資格確認書」等を滅失などで返還できない場合は、当健保組合へ「滅失届」（健-5）をご提出ください）	資格確認書（交付者のみ）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【健保使用欄】 削除日：	

被扶養者②	削除対象者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	削除事由 （事由発生日に遡及して被扶養者を削除します）	削除事由発生日 （次の保険の資格取得年月日・認定年月日等）	年 月 日 ■就職の場合：次の保険の資格取得年月日 ■死亡の場合：死亡日の翌日 ■恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過した場合：収入が被扶養者認定の収入基準を超えることが分かった日 ■失業給付（日額が基準を超える）受給開始の場合：失業給付受給開始日		
	「資格喪失証明書」の発行（発行希望の方のみいずれかに☑） ※☑がない場合は発行不要とします	<input type="checkbox"/> 国民健康保険等、他の健康保険加入手続きのため必要 <input type="checkbox"/> その他の理由により必要（理由： ）			
	削除対象被扶養者の資格確認書等の添付状況 （「資格確認書」等を滅失などで返還できない場合は、当健保組合へ「滅失届」（健-5）をご提出ください）	資格確認書（交付者のみ）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【健保使用欄】 削除日：	

被扶養者③	削除対象者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	削除事由 （事由発生日に遡及して被扶養者を削除します）	削除事由発生日 （次の保険の資格取得年月日・認定年月日等）	年 月 日 ■就職の場合：次の保険の資格取得年月日 ■死亡の場合：死亡日の翌日 ■恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過した場合：収入が被扶養者認定の収入基準を超えることが分かった日 ■失業給付（日額が基準を超える）受給開始の場合：失業給付受給開始日		
	「資格喪失証明書」の発行（発行希望の方のみいずれかに☑） ※☑がない場合は発行不要とします	<input type="checkbox"/> 国民健康保険等、他の健康保険加入手続きのため必要 <input type="checkbox"/> その他の理由により必要（理由： ）			
	削除対象被扶養者の資格確認書等の添付状況 （「資格確認書」等を滅失などで返還できない場合は、当健保組合へ「滅失届」（健-5）をご提出ください）	資格確認書（交付者のみ）	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	【健保使用欄】 削除日：	

【健保使用欄】

事業所名称
事業主氏名
社会保険労務士の提出代行者

提出先

GIB・PGF→大槻事務所
CLIS・PGI・PGビジネスサービス・コミュニティSKY・三栄収納サービス・GIB労働組合→各事業主の健康保険担当
任意継続被保険者・特例退職被保険者→当健保組合



理事長	常務理事	事務長	役職者	担当者

※被保険者は、その被扶養者が異動したときは、五日以内に届け出なければならぬ（健康保険法則第38条）

ジブラルタ健康保険組合 健-2 (2025.12)