

※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)
 ※削除事由が発生日(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。

被扶養者届(削除申請用)

健康保険 ①	記号	1	番号	000000	届出申請日 ②	2025年 11月 1日
被保険者氏名(自署) ③ (社員または元社員ご本人様の自署)	健保 太郎				「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 ④	〒 ××× - ×××× ×× 都道府県 ×× 市区町村
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	55年 5月 5日	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。			××1-2-3
被保険者連絡先 日中連絡可能な電話番号	080(××××) ××××					


※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	健保	花子	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	55年 5月 1日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	削除事由 ⑤ (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	<input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 → <input type="checkbox"/> その他の理由 ()	削除事由 発生年月日 (次の保険の資格取得年月日・認定年月日等)	2025年 4月 1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 ⑦ (「資格確認書」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 checked="" 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	健保		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 ⑤ (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 → <input type="checkbox"/> その他の理由 ()	削除事由 発生年月日 (次の保険の資格取得年月日・認定年月日等)	年 月 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 ⑦ (「資格確認書」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	健保		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 ⑤ (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 → <input type="checkbox"/> その他の理由 ()	削除事由 発生年月日 (次の保険の資格取得年月日・認定年月日等)	年 月 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 ⑦ (「資格確認書」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	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
事業主氏名 ⑧	社会保険労務士の提出代行者						

※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ない(健康保険法則第38条)

ジブラルタ健康保険組合 健-2 (2025.12)

<注意事項>

- (a)当申請書はご家族を削除する場合にご使用ください。
- (b) 被保険者はその被扶養者が異動したときは、五日以内に、資格確認書（交付者のみ・有効期限内のものに限る）を事業主に提出しなければなりません
- (c) 当届出に必ず削除対象者の資格確認書（交付者のみ・有効期限内のものに限る）・高齢受給者証（交付者のみ）・限度額適用認定証（交付者のみ）※を添付して提出してください
- (d)資格確認書・高齢受給者証を紛失等で返却できない場合は、「健-5 健康保険 被保険者証・資格確認書（高齢受給者証）滅失届」も併せて提出してください
- (e)限度額適用認定証を紛失等で返却できない場合は、「健-12 健康保険限度額適用認定証滅失届」も併せて提出してください
- (f)当健保組合の資格喪失日以降に、当健保組合の健康保険を使用して医療機関を受診した場合や当健保組合の保健事業を利用した場合等には、原則として当健保組合へ医療費や補助金等を返還していただきます
- (g)事業主を経由せず当健保組合に直接提出された場合、通常より処理に時間を要することがあります。

【記入要領（記入例の番号と照合してください）】

①健康保険記号・番号

マイナンバーや、資格情報のお知らせ・資格確認書等を確認してご記入ください。

②届出申請日

在職被保険者の方：事業所に提出する日をご記入ください

任意継続被保険者・特例退職被保険者の方：当健保組合に提出する日をご記入ください

③被保険者氏名（自署）

被保険者（在職被保険者の場合は社員本人、任意継続被保険者・特例退職被保険者の場合は元社員）が自署でご記入ください。

④「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）

原則として当申請書にご記入の送付先へ被保険者宛に特定記録郵便で送付します。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。

⑤削除事由

削除事由に☐をご記入ください

給与や年金等の収入が被扶養者認定の収入基準を超えた場合：「恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過」に☐を付けてください

失業給付受給開始（失業給付の日額が被扶養者認定の収入基準を超えている）の場合：「その他理由」に☐を付けて、「失業給付受給開始」とご記入ください

離婚に伴う削除の場合：「その他理由」に☐を付けて、「離婚」とご記入ください

⑥削除事由発生年月日

※健康保険は、他の保険と同時期に加入することはできませんので、事由発生日に遡及して削除処理を行います

※削除日に相違がないよう、ご提出の前に今一度ご確認ください

●就職：就職した日（資格取得日）

●可能であれば、他の保険の取得日が確認できる書類（資格情報のお知らせ・資格確認書の写し等）を添付してください

●離婚：離婚した日

●恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過：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

●失業給付受給開始（日額が基準を超える）：失業給付受給開始日

<ご参考> 【扶養認定基準収入】 ※失業給付受給の場合、日額で判断をします

年換算：130万円未満（【19歳以上23歳未満の方】年換算150万円未満【60歳以上または障がいのある方】年換算180万円未満）

月額：108,334円未満（【19歳以上23歳未満の方】月額125,000円未満【60歳以上または障がいのある方】月額150,000円未満）

日額：3,612円未満（【19歳以上23歳未満の方】日額4,167円未満【60歳以上または障がいのある方】日額5,000円未満）

かつ、被保険者の収入の1/2未満

⑦削除対象被扶養者の資格確認書等の添付状況

削除される方の資格確認書（交付者のみ・有効期限内のものに限る）は回収の必要がありますので

必ず添付してください。紛失等で返却できない場合は、「健-5 健康保険 資格確認書・高齢受給者証滅失届」も併せて提出してください

被扶養者の削除手続き後、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」の発行欄の

該当する☐のいずれか1つに☐をご記入ください ※（☐がない場合には、不要と判断し発行しません）

なお、当健保組合において、被扶養者の削除手続き後、「被扶養者削除決定通知書」にて、被扶養者を削除したことを通知します。

⑧事業主欄

事業主欄は本社（または社労士事務所）で記入しますので、記入不要です

【提出先】

事業主名	担当部署		
ジブラルタ生命保険株式会社	社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所 ジブラルタ生命 担当 ※以下イントラを確認いただき、専用の送付状を添付の上、お送りください。 格納場所：Gibraltar Web Portal > 給与厚生サービス > 社会保険サブメニュー		
ブルデンシャルジブラルタファイナンシャル生命保険株式会社	社会保険労務士法人 大槻経営労務管理事務所PGF生命 社会保険手続 担当 ※「PGF Portal」より、送付豊富尾、専用の送付状を確認の上、お送りください。 詳細は、PGF生命保険株式会社 人事チームへご照会ください。		
事業主名	担当部署	事業主名	担当部署
株式会社CLIS	人事総務部	株式会社コミュニティSKY	総務部
株式会社PGI	総務部門	株式会社三栄収納サービス	総務部
PGビジネスサービス株式会社	総務部	ジブラルタ生命労働組合	総務担当
ジブラルタ健康保険組合	総務担当		