

## 被扶養者届（削除申請用）

届出申請日： 年 月 日

健康保険 記号・番号	記号	番号	被保険者連絡先 (日中連絡可能な電話番号)		( )
被保険者の 氏名(自署)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H	年 月 日生

※太枠内の網掛け部分は被保険者ご自身で記入いただき、該当箇所には☑を付けてください

削除対象者氏名 (姓)・(名)	性別	生年月日	削除理由	削除日	削除対象被扶養者の健康保険証・資格確認書等の添付状況 (『健康保険証・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。)	削除日 (健保 使用 欄)
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 就職(他の保険の資格取得日=削除日) <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日の翌日=削除日) <input type="checkbox"/> その他の理由( ) (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	年 月 日	健康保険証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 資格確認書 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 限度額証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 「資格喪失証明書」の発行 発行希望の方は☑をつけてください □国民健康保険等、他の保険加入手続きのため必要 □その他の理由により必要(理由: ) ※☑がない場合は不要とします	
		<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 就職(他の保険の資格取得日=削除日) <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日の翌日=削除日) <input type="checkbox"/> その他の理由( ) (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	年 月 日	健康保険証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 資格確認書 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 限度額証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 「資格喪失証明書」の発行 発行希望の方は☑をつけてください □国民健康保険等、他の保険加入手続きのため必要 □その他の理由により必要(理由: ) ※☑がない場合は不要とします	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 就職(他の保険の資格取得日=削除日) <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日の翌日=削除日) <input type="checkbox"/> その他の理由( ) (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	年 月 日	健康保険証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 資格確認書 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 限度額証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 「資格喪失証明書」の発行 発行希望の方は☑をつけてください □国民健康保険等、他の保険加入手続きのため必要 □その他の理由により必要(理由: ) ※☑がない場合は不要とします	
		<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日生	<input type="checkbox"/> 就職(他の保険の資格取得日=削除日) <input type="checkbox"/> 恒常的な収入が被扶養者認定基準を超過 <input type="checkbox"/> 死亡(死亡日の翌日=削除日) <input type="checkbox"/> その他の理由( ) (事由発生日に遡及して被扶養者を削除します)	年 月 日	健康保険証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 資格確認書 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 限度額証 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無(交付者のみ) 「資格喪失証明書」の発行 発行希望の方は☑をつけてください □国民健康保険等、他の保険加入手続きのため必要 □その他の理由により必要(理由: ) ※☑がない場合は不要とします	

※削除する被扶養者の方の「健康保険証」または「資格確認書」及び「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。  
 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。

【提出先】  
 GIB：大槻事務所  
 PGF・CLIS・協栄年金ホム・PGI・三栄収納サービス  
 PGビジネスサービス・GIB労働組合：各事業主の健康保険担当

※各事業主の健康保険担当一覧は右記QRコードよりご確認ください  
 ※特例退職被保険者・任意継続被保険者は当健保組合へ直接郵送してください。



事業所名称  
  
 事業主氏名

健康保険組合使用欄				
理事長	常務理事	事務(局)長	役職者	担当者
【健保確認欄】				