

被扶養者届 (削除申請用)

② 届出申請日: 年 月 日

| | | | | | |
|-------------------|----|--|--------------------------|--|--------|
| 健康保険 記号・番号 ① | 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) ③ | ③ | <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 ④ | 削除日 ⑤ | 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) ⑥ |
|--------------------|--|--|---|-------|---|--------------------------|
| | <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 <input type="checkbox"/> 国民健康保険等、他の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:) ※☑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 <input type="checkbox"/> 国民健康保険等、他の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:) ※☑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 <input type="checkbox"/> 国民健康保険等、他の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:) ※☑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-ビス・
 PGヒ-ジ-ネスサ-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 ⑦

| 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】 | | | | |

＜注意事項＞

- (a)被扶養者を健康保険から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、被保険者証※・資格確認書※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被保険者証※・資格確認書※・高齢受給者証※・限度額適用認定証※を添付して提出してください
- (d)被保険者証・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

※交付者のみ

【記入要領(記入例の番号と照合してください)】

①記号・番号

健康保険証または資格確認書、資格情報のお知らせ等に記載されている記号・番号をご記入ください

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被保険者の氏名

被保険者が自署でご記入ください

④削除理由

削除理由に☑を付け、削除日(事由発生日)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

⑤削除日

※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、事由発生日に遡り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】

年換算:130万円未満(60歳以上または障がいのある方は年換算180万円未満)

月額:108,334円未満(60歳以上または障がいのある方は月額150,000円未満)

日額:3,612円未満(60歳以上または障がいのある方は日額5,000円未満) ※失業給付受給の場合、日額で判断をします

かつ、被保険者の収入の1/2未満

⑥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

削除される方の被保険者証等(当健保組合交付分・交付者のみ)・資格確認書(当健保組合交付分・交付者のみ)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 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

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口のいずれか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。

⑦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】各事業主の健康保険担当 ※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にて提出して下さい。

| 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 以下イントラを確認いただき、専用の送付状貼付のうえ提出します。 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 | |
| 事業主名 | 担当部署 | 事業主名 | 担当部署 |
| 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 | 人事チーム | 株式会社協栄年金ホーム | 総務部 |
| 株式会社CLIS | 人事総務部 | 株式会社三栄収納サービス | 総務部 |
| 株式会社PGI | 総務部門 | ジブラルタ生命労働組合 | 総務担当 |
| PGビジネスサービス株式会社 | 総務部 | ジブラルタ健康保険組合 | 総務担当 |