

健康保険被扶養者〔抹消〕異動届

\*この異動届は削除の事由が発生しましたら、すみやかに事業主(管轄の人事又は総務・管理)を経由して提出してください。

\*ご記入は必ずボールペン又はペンで太枠の中  をご記入ください。  
尚、任意継続の方は健康保険組合にご提出ください。

提出日(窓口に提出した日)  
年 月 日

※申請の被扶養者のカヤバ健康保険証を必ず添付してください。

被保険者	記号	保険証番号(右詰め)	氏名		生年月日			年齢	単身赴任ですか
				男・女	昭平令	年	月	日	歳
現住所					所属名				
郵便番号( - )					事業所名 所属名				

申請の被扶養者	氏名(楷書で分かりやすく記入)	性別	生年月日			年齢	続柄	※1 抹消理由	※2 抹消該当日				
	1		男・女	昭平令	年	月	日	歳		1.死亡 2.就職 3.離婚 4.失業保険受給 5.収入超過等 6.後期高齢者 7.その他( )	令和	年	月
2		男・女	昭平令	年	月	日	歳		1.死亡 2.就職 3.離婚 4.失業保険受給 5.収入超過等 6.後期高齢者 7.その他( )	令和	年	月	日
3		男・女	昭平令	年	月	日	歳		1.死亡 2.就職 3.離婚 4.失業保険受給 5.収入超過等 6.後期高齢者 7.その他( )	令和	年	月	日
4		男・女	昭平令	年	月	日	歳		1.死亡 2.就職 3.離婚 4.失業保険受給 5.収入超過等 6.後期高齢者 7.その他( )	令和	年	月	日

\*資格喪失証明書の発行についてご記入ください。

資格喪失証明書の発行を	希望する	希望しない
-------------	------	-------

\*申請の被扶養者のカヤバ健康保険証の使用についてご記入ください。

抹消に該当した日以降、カヤバ健康保険証は使用されましたか?  
 はい いつ受診されましたか [ 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間) ]  
 いいえ

◆抹消日以降の保険証は使用できません。  
使用された場合は、後日カヤバ健康保険組合から医療費の請求を致しますので、医療費の精算手続きをしてください。

	※1 抹消理由	※2 抹消該当日
1	死亡	死亡日の翌日
2	就職 ※パート・アルバイト先で健康保険に加入した場合も扶養削除異動届の提出が必要です。	入社日 資格取得日(保険証をご確認ください)
3	離婚	離婚成立日
4	失業保険の受給	受給開始日
5	a.パート・アルバイトによる収入超過 b.改定された年金収入が基準額超過	給与が年収基準を上回った月の翌月の1日 改定された年金額の振込月の翌月1日
6	後期高齢者医療制度へ加入	65歳以上で障害認定を取得又は75歳誕生日
7	その他(生計維持関係の消滅、国保加入等)	生計維持関係が消滅した日

◇個人情報の取り扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針(プライバシーポリシー)」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

◇事業主記入欄◇		◇健保記入欄◇			
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	当該届の次の事項について確認しました。 ・上記の記載内容に誤りがないこと。 ・申請者(被保険者)本人が作成したこと、また記載内容について申請者(被保険者)本人が確認したこと。	常務理事	事務長	担当	健保受付印
証明年月日	年 月 日				
		保険証	有・無	医療機関受診確認	有・無