

**★扶養抹消する場合⇒申請書・保険証・新保険証の写し  
(就職した場合)を同封して下さい**

## 健康保険 被扶養者(変更)申請書

提出年月日：令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者証 記号・番号	(記号) _____ (番号) _____ -	所属事業所 (会社名)	
	氏名		連絡先 電話番号	( )
	配偶者有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	配偶者有の場合、収入が多いのは <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 配偶者	

申請事由	<input type="checkbox"/> 抹消 [ <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( ) ]			
	上記の該当年月日 平成・令和 年 月 日			

[添付書類  
について]

- ◆抹消の場合 ①保険証を返却して下さい  
②就職…「新保険証のコピー」のみ添付  
③死亡…「死亡診断書のコピー」のみ添付

扶養認定希望者					健康保険組合記入欄		
	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄 (長男等)	職業 (高校生等)	抹消年月日	事由
配 偶 者		男・女	昭和・平成 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
	失業保険を受給しますか <input type="checkbox"/> 受給する <input type="checkbox"/> 受給しない						
配 偶 者 以 外		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日			平成・令和 年 月 日	

(健保組合記入欄)

受付

決裁

健康保険組合			
常務理事	事務長	適用担当	