

PD

秘
CONFIDENTIAL

健康保険組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者削除届

① 被保険者証の 記号及び番号	記号	② 被保険者氏名 (戸籍氏名)	フリガナ				③ 性別	男	女	④ 被保険者 の 生年月日	昭和	平成
	番号										年	月
⑤ 被保険者の 住 所	(〒 -) フリガナ						⑥ 被保険者の職場名 または事業所名 連絡先					
⑦ 被 扶 養 者 の 氏 名		⑧ 性別	⑨ 被扶養者の生年月日		⑩ 続 柄 子の場合は、 長男・二男等	⑪ 現在の職業	⑫ 住居 区分	⑬ 扶養しなくなった日	⑭ 扶養しなくなった理由 (選択肢がない場合は、入力可)	⑮ 新しく加入した健康保険の内容 国民健康保険加入予定者は 「国保加入予定」にチェック		
フリガナ		男 女	昭和 平成 令和 年 月 日				□同居 □別居	令和 年 月 日		保険者番号: 保険者名称: 記号-番号-枝番: 資格取得年月日: 国保加入予定		
フリガナ			昭和 平成 令和 年 月 日							令和 年 月 日		
フリガナ		男 女	昭和 平成 令和 年 月 日				□同居 □別居	令和 年 月 日		保険者番号: 保険者名称: 記号-番号-枝番: 資格取得年月日: 国保加入予定		
⑯ 健康保険資格喪失証明書の交付について 削除後、次の健康保険(国民健康保険等)に加入する際に必要な書類です。 健康ポータルサイト「健康の森」>「通知書・証明書」に掲載します。必要に応じて印刷ご利用ください。 ※手続きに必要なであるが、印刷が出来ず紙面による交付が必要な方は、チェックしてください。⇒												
上記の通り扶養者の削除を申請いたします。 年 月 日 被保険者氏名 Y K K 健康保険組合理事長 殿 (押印省略可)							事業所の名称、所在地、事業主の氏名			健康保険組合 受 付 印		

※ご記入いただいた個人情報は、健康保険に関する手続きにのみ利用させていただきます。
次項に記入上の注意および添付資料が記載されています。ご確認ください。

I 記入上の注意

- ③、④、⑧、⑨、⑫の欄は、該当する□にレを記入すること。
- ⑬の欄は、扶養しなくなった日を記入すること。死亡による削除申請の場合は、死亡した翌日となる。
- ⑭の欄は、扶養しなくなった理由を記入すること。収入が限度額以上による申請の場合は、その金額を記入すること。
- 国民健康保険に加入する予定の場合は、⑮の欄は、「国保加入予定」の□にレを記入すること。
- ⑯の欄は、該当する場合に□にレを記入すること。

新たな健康保険制度(国民健康保険・その他の家族の被扶養者)に加入する際、YKK健保組合の資格喪失日を確認するために提出が求められます。ただし、就職等によりすでに新しい保険証が交付されている場合は特に必要ありません。

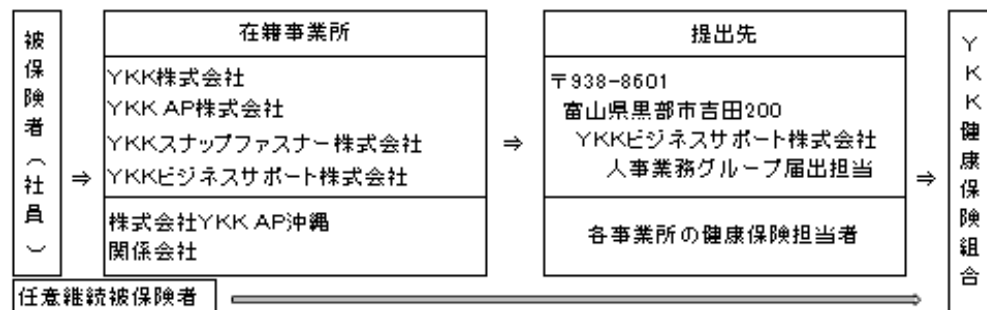
II 添付書類

- 削除する被扶養者の「保険証等」を必ず一緒に提出してください。
- 削除する被扶養者が「限度額適用認定証」や「高齢受給者証」等の交付を受けている場合は、そちらも合わせて提出してください。
- 収入が限度額以上による削除の場合は、その収入額を確認できる書類があれば提出にご協力ください。
- 就職等により、新しい健康保険制度に加入した場合は、その日が確認できるものがあれば提出にご協力ください。(資格取得日＝喪失日とするため)
- 離婚による削除の場合は、離婚日を確認できる書類を提出してください。(除籍謄本原本、離婚調停成立日がわかる書類)
- 雇用保険(失業給付)受給開始による削除の場合は、雇用保険受給資格者証の写し(両面)を提出してください。

受給開始初日から削除になります。(ただし、60歳未満:日額3,612円未満、60歳以上:日額5,000円未満の受給の場合は削除対象外)

※ただし、必要に応じて、上記1.～6.以外の書類を求めることがあります。ご了承ください。

■書類の提出先



■お問合せ先

YKK健康保険組合 扶養担当

〒938-8601 富山県黒部市吉田200

TEL : (外線) 0765-54-8650 (内線) 772-3920

FAX : (外線) 0765-57-0326 (内線) 772-3929