

提出前に確認して☑(必須)
☑ 対象ご家族の被保険者証または資格確認書を添付してください。(有効期限切れの場合は不要)
☑ 喪失証明書が必要な場合は、被扶養者の「備考欄」にその旨を記入してください。

被保険者	被保険者 記号・番号	○ . ○○○○		GUI	○○○○○							
	被保険者 氏名	フリガナ ケンポ ジロウ 健保 次郎				生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日	性別	男 女
	被保険者 住所	〒 000-0000 ○○県○○市3-2-1 ○○マンション201号室					電話	098 (765) 4321				
	資格取得 年月日	7. 平成 9. 令和	年	月	日	(事業主記入欄) 標準報酬月額	千円 ※標準報酬月額の記入は不要です					

被扶養者①	異動の別	削除	氏名	フリガナ ケンポ 健保	(名) ハルコ 春子	生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄 〔例〕 長男・長女	長女
	職業	会社員		年 収	300万	円	世帯	同居 別居	就職、収入増、死亡 など					
	被扶養者で なくなった日	9. 令和	年	月	日	＜日付記入例＞ ・就職の場合＝就職日 ・死亡の場合＝死亡日の翌日 ・失業給付受給開始＝支給対象期間の初日	削除 の理由	就職のため		備考	資格喪失証明書 発行希望			

被扶養者②	異動の別	削除	氏名	フリガナ	(名)	生 年 月 日	5. 昭和	年	月	日	性別	男 女	続柄 〔例〕 長男・長女	
	職業													
	被扶養者で なくなった日	9. 令和	年	月	日	＜日付記入例＞ ・就職の場合＝就職日 ・死亡の場合＝死亡日の翌日 ・失業給付受給開始＝支給対象期間の初日	削除 の理由	削除日当日に被扶養者資格はありませんのでご注意ください。 削除日以降に保険証の使用があった場合は健康保険組合より 医療費の返還請求が行われます。						

被扶養者③	異動の別	削除	氏名	フリガナ	(名)	生 年 月 日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄 〔例〕 長男・長女	
	職業													
	被扶養者で なくなった日	9. 令和	年	月	日	＜日付記入例＞ ・就職の場合＝就職日 ・死亡の場合＝死亡日の翌日 ・失業給付受給開始＝支給対象期間の初日	削除 の理由							

受付日付印

事業主記入欄	事業所 所在地	※事業主証明欄 空欄のまま 事業所委託先の社労士法人へ 提出してください。 (委託先で押印後、健保組合に回送されます)
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	電話	

この処分不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官(地方厚生(支)局内)に対して審査請求をすることができます。また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会(厚生労働省内)に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内(再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内)に、健康保険組合を被告として提起することができます。(ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。)なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。

健保 使用 欄	常務理事	事務長		担 当