

# 健康保険被扶養者削除届



常務理事	事務長	担当者

① 被保険者証の 記号及び番号	記号	② 被保険者の 氏名及び印	③ 性別 男・女	④ 被保険者の 生年月日	昭平 年 月 日			
	番号							
⑤ 被保険者の 住所	(〒 )フリガナ			⑥ 職場または 事業所	(TEL )			
⑦ 被扶養者の氏名	⑧ 性別	⑨ 被扶養者の生年月日	⑩ 続柄	⑪ 現在の職業	⑫ 被保険者と被扶養者の世帯別	⑬ 扶養しなくなった日	⑭ 扶養しなくなった理由	⑮ 新たに加えた医療保険の名称、記号-番号及び資格取得日
フリガナ	男女	明・大 年 月 日 昭・平			同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ	男女	明・大 年 月 日 昭・平			同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ	男女	明・大 年 月 日 昭・平			同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ	男女	明・大 年 月 日 昭・平			同世帯 別世帯	年 月 日		
フリガナ	男女	明・大 年 月 日 昭・平			同世帯 別世帯	年 月 日		

<p>上記の通り扶養者の削除を申請致します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p><b>YKK健康保険組合理事長 殿</b></p>	<p>事業所の名称及び所在地</p> <p>事業主氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>	<p>受付印</p>
---	---	------------

※ ご記入いただいた個人情報は、扶養の手続きにのみ利用させていただきます。

## I 記入上の注意

1. ③、⑧、⑫の欄は該当する文字を○でかこむこと。
2. ⑬の欄は、扶養しなくなった日を記入すること。死亡による削除の場合は、死亡した日の翌日とする。
3. ⑭の欄は、扶養しなくなった理由を記入すること。収入が限度額以上の為の削除である時はその金額を記入すること。
4. 国民健康保険に加入する予定の場合は、⑮の欄に国保加入予定と記入すること。

## II 添付書類

1. 被保険者証を必ず一緒に提出すること。
2. 就職等によりすでに別の医療保険に加入したときは、新しい保険証の写を添付すること。
3. 収入が限度額以上の為の削除である時は、その収入額を確認できる書類があれば添付すること。