

健康保険被扶養者（異動）届・削除

常務理事	事務長		扱 者

提出日 年 月 日

被 保 険 者	異動内容	記号	番 号	氏 名		所属先		性 別		生年月日	昭 平 令	年 月 日	
	削 除			印				男	女				
	住 所	〒				資格取得年月日		昭 平 令		年 月 日	※標準報酬月額		千円
削 除 す る 被 扶 養 者	(フリガナ) 氏 名		性 別		生 年 月 日	続柄	職業	年間収入	同居・別居 の別		扶養終了の年月日 (次の健康保険に加入する日・した日)		扶養終了の理由
	.....		男	女	昭 平 令	年 月 日			円	同	別	年 月 日	
	.....		男	女	昭 平 令	年 月 日			円	同	別	年 月 日	
	.....		男	女	昭 平 令	年 月 日			円	同	別	年 月 日	
	.....		男	女	昭 平 令	年 月 日			円	同	別	年 月 日	
上記のとおり被保険者から健康保険被扶養者(異動)届がありましたので提出します。											受付日付印		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名											年 月 日 印		

東急百貨店健康保険組合理事長 殿

記入前に必ずお読
ください

- ※印欄は記入しないで下さい。
- この届出書を提出するときは**削除対象者の健康保険被保険者証**を添付して下さい。被保険者本人の保険証は不要です。
 - 就職の場合は、新しく加入した健康保険証の写しを添付してください。所得オーバーにより国民健康保険へ新たに加入する場合は、資格喪失証明が必要ですので、申し出てください。
 - 職業欄には小学校○年生、パート、アルバイト、店手伝い、内職等具体的に記入してください。
 - 年間収入欄には給与収入、家賃収入、利子配当収入等具体的に記入してください。
 - 続柄欄には、妻、夫、内縁の妻、実父、義父、長男、孫等詳しく記入して下さい。
 - 扶養終了の日とは、就職先で健康保険に加入した日、国民健康保険に加入した日、など次の健康保険に加入する日・した日です。**死亡した場合は翌日です。
 - 扶養終了理由欄には扶養ならなくなった理由として、○年○月○日就職、所得オーバー、死亡、離婚、別居、施設に入所、養子縁組等、年月日と事実を具体的に記入してください。
 - 届出の遅れにより医療費などが誤って給付されていた場合は、返還していただきますので削除対象者にご確認ください。
 - その他、不明な点は事業所人事または健康保険組合にお問合せ下さい。