健康保険　被扶養者異動届＜扶養しなくなったとき＞

受　付	登　録

決　裁　令和　年　月　日

常務理事	事務長	関係者	担　当

事業主担当印

取扱注意　秘密情報　複製禁止

中部電力健康保険組合　常務理事　殿

令和　年　月　日　届出

被保険者等記号		被保険者等番号	
被保険者本人（あなた）の氏名			

会社名・所属・連絡先　（☎　－　－　）

扶養しなくなった家族の氏名		続柄	生年月日				性別
姓	名		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女

扶養しなくなった日　令和　年　月　日

※下記【理由】の＜＞のとおり日付を記入してください

【理由】　いずれかに〇を付してください

- ・就職　＜就職先で健康保険の適用になった日＞
- ・死亡　（死亡年月日　令和　年　月　日）＜死亡日の翌日＞
- ・雇用保険受給開始　＜記入しないでください＞
- ・後期高齢者医療広域連合の加入　＜後期高齢者医療広域連合の被保険者となる日＞
- ・収入増　＜記入しないでください＞　※勤務先で健康保険の適用になった場合は就職に〇を付してください
- ・離婚　＜離婚届出日＞
- ・婚姻　＜婚姻届出日＞
- ・その他　別居開始、仕送り中止等　＜別居開始日など、その事実の発生した日＞
  - ↳ 具体的な理由（　）

扶養しなくなった家族のその後の健康保険について

※下記のいずれかに〇を付してください　※死亡は除く

① 国民健康保険に加入する
　※この場合は「資格喪失証明書」を発行します

② 勤務先で健康保険の適用となった

③ 後期高齢者医療広域連合に加入する

④ その他（　）

※「資格喪失証明書」の発行を

希望する　希望しない

資格確認書が交付されている方は、ここにセロテープ等で留めてください。
以下の交付を受けていた場合は、併せて貼付願います。
・高齢受給者証　・限度額適用認定証

回収確認印		医療費精算確認欄
	高	有り ・ 無し
		精算期間
	限	～

※健保記入欄

＊これまで使用していた資格確認書・高齢受給者証・限度額適用認定証を同時に提出できない場合は、下記に理由を明記し、後日必ず提出してください。

【理由】

【提出予定日】

年　月　日

・記号・番号は、①マイナポータル　②資格情報のお知らせ　③資格確認書　等でご確認ください

ご注意ください

・扶養家族から外す事実が発生した場合、速やかに本届をご提出ください
・届出が遅れた場合、医療費の精算が発生する場合があります
・扶養から外す家族が今まで使用していた保険証・高齢受給者証を所定箇所（右上）に貼付してください

健保処理欄	
認定年月日	.　.
処理年月日	.　.