用紙サイズの変更はしないでください。
また、裏紙での申請も不可となります。

健康保険　被扶養者異動届＜扶養しなくなったとき＞

決　裁	令和　　年　　月　　日			事業主担当印
常務理事	事務長	関係者	担　当	

連絡先は業務時間内（9:00～17:00）に連絡が取れる番号（内線・PHS・外線等）をご記入ください。

取扱注意　秘　密　情　報　複　製　禁　止

届出日は必ず記入してください。

中部電力健康保険組合　常務理事　殿

令和　〇〇 年　4 月　5 日　届出

被保険者証の記　号	1	被保険者証の番　号	12345	会社名・所　属・連絡先	〇〇（株）　△△支店□ □ ××部　××グループ□ （☎　×××－××××－××××　）
被保険者本人（あなた）の氏　名	健保　太郎				

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	
健保	桜子	長女		〇	〇	0	9	1 5	男・女（女）

扶養しなくなった日　令和　〇〇 年　4 月　1 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　＜就職先から交付された保険証の資格取得年月日＞ **※交付日ではなく資格取得年月日をご記入ください**
- ・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＞ **※勤務先で保険証が交付される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 勤務先から保険証が交付される（された）

③ 〇〇健康保険組合に加入する

④ その他（　夫の健保の扶養家族となった　）

※「資格喪失証明書」の発行を

希望する　　希望しない

必ずいずれかに〇を付してください。

どちらか一方に〇を付してください。

今まで使用していた中電健保の保険証を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、併せて添付願います。
・高齢受給者証　・限度額適用認定証

保険証を添付できる場合は、この欄に貼付してください。

回収確認	確認欄
	無し
限	精算期間
	～

※健保記入欄

＊これまで使用していた［　　］適用認定証を同時に提［　　］を明記し、後日必ず提［　　］

本書類の提出と同時に保険証の返却が困難な場合、その理由と提出予定日を記入してください。

【理由】

遠隔地に別居しているため。

【提出予定日】

令和　2 年　4 月　10 日

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	.　.