

被扶養者資格喪失届

被保険者氏名	健保 太郎		記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇〇〇	被保険者生年月日	昭 平 令	△△年 △月 △日								
続柄	被扶養者氏名	性別	生年月日		扶養しなくなった理由		扶養しなくなった日		備考								
長男	健保 健太	男	昭	△	△	△	△	△	△	1. 就職による (就職日) → 2. 死亡による (死亡日の翌日) → 3. 失業給付受給のため (届出日) → 4. その他 { }	令和	×	×	×	×	×	×
妻	健保 花子	女	昭	△	△	△	△	△	△	1. 就職による (就職日) → 2. 死亡による (死亡日の翌日) → 3. 失業給付受給のため (届出日) → 4. その他 { }	令和	×	×	×	×	×	×
		女	昭							1. 就職による (就職日) → 2. 死亡による (死亡日の翌日) → 3. 失業給付受給のため (届出日) → 4. その他 { }	令和						

- ※ 記入は異動のあった被扶養者のみとする。
- ※ 資格喪失日以降、当健保の健康保険を使用された場合は、医療費等を後日請求します。
- ※ 異動のあった被扶養者が有効な被保険者証あるいは資格確認書を保有している場合は、添付のうえ提出のこと。
(交付されている場合、限度額適用認定証、高齢受給者証、特定疾病療養受療証等も添付)
(万一、被保険者証を紛失した場合「被保険者証滅失届」を提出)

上記について相違ないことを証明します。

事業主(住所・氏名)
・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、
証明者の氏名をご記入ください。

給付 確認欄	レセ 現給	
-----------	----------	--

常務理事	事務長	担当者

受付日		処理日	
-----	--	-----	--