

所属課名	総務課
個人コード	01234

削除記入例

健康保険被扶養者(削除)届 **正**

正副それぞれ作成ください

事務長	職員	適用担当

被保険者証	記号	10	フリガナ		ニッセイ	性別	男	和暦	昭和	生年月日		45年5月1日					
	番号	1234	被保険者氏名		日精	女	平成										
被保険者の住所		〒940-0001 新潟		都道府県	長岡市	〇〇町1-1-1				電話番号		0258-11-1234					
異動区分	氏名フリガナ		性別	和暦 生年月日			戸籍上の続柄	職 業	扶養をしなくなった日	被扶養者でなくなった理由	被保険者と同居・別居の別		備考				
	被扶養者氏名(漢字)			個人番号(12桁)の記入は不要です							年 収	(被保険者と別居の場合のみ住所記入)					
減	ニッセイ	ハナコ	男	昭和	50	3	3	妻	無職・()	30	4	5	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〇	〒	-
	日精	花子	女	平成										見込実績円	別居	〇	
減	ニッセイ	イチロウ	男	昭和	25	10	10	父	自営・()	30	4	10	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〇	〒	940-0001
	日精	一郎	女	平成										見込実績円	別居	〇	長岡市〇〇町2-2-2
減	ニッセイ	ハナエ	男	昭和	12	1	1	長女	会社員・()	30	4	1	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〇	〒	-
	日精	花恵	女	平成										見込実績円	別居	〇	
減			男	昭和									就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〇	〒	-
			女	平成										見込実績円	別居	〇	

続柄は、義父・長女等詳細に記入ください(「子」NG)

- [注 意]
- ・ 事実が発生した日から5日以内に、記入漏れのないよう正副記載し、必要書類を添えて事業所健康保険担当者(総務)へ提出して下さい。
 - ・ 必要書類については、「添付書類一覧表」をご確認いただき、全ての必要書類をご提出ください。
 - ・ 届出内容に虚偽があり扶養基準を満たしていなかった場合は、認定の取り消しとなります。
 - ・ 扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証(高齢受給者証、限度額適用認定証含む)を添えて提出して下さい。

提出日 平成 年 月 日

所在地	
事業所 名称	
事業主 氏名	
印	

日本精機健康保険組合 H30.7
nskempo@nscs-net.ne.jp

健保組合受付日付印

証回収 / エントリー /

所属課名	
個人コード	

健康保険被扶養者(削除)届 正

健康欄	常務理事	事務長	職員	適用担当

被保険者証	記号	フリガナ		性別	和暦		生年月日							
	番号	被保険者氏名			男	昭和	年	月	日					
被保険者の住所				〒 -		都道府県		電話番号						
								-						
異動区分	氏名フリガナ		性別	和暦		生年月日		戸籍上の続柄	職 業	扶養をしなくなった日	被扶養者でなくなった理由	被保険者と同居・別居の別		備考
	被扶養者氏名(漢字)			個人番号(12桁)の記入は不要です		健康欄	年 収	被保険者と同居・別居の場合のみ住所記入)						
減			男	昭和	年	月	日	続柄	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〒 -	
			女	平成					見込実績円			別居		
減			男	昭和	年	月	日	続柄	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〒 -	
			女	平成					見込実績円			別居		
減			男	昭和	年	月	日	続柄	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〒 -	
			女	平成					見込実績円			別居		
減			男	昭和	年	月	日	続柄	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居	〒 -	
			女	平成					見込実績円			別居		

提出日 平成 年 月 日

- 〔注 意〕
- ・ 事実が発生した日から5日以内に、記入漏れのないよう正副記載し、必要書類を添えて事業所健康保険担当者(総務)へ提出して下さい。
 - ・ 必要書類については、「添付書類一覧表」をご確認いただき、全ての必要書類をご提出ください。
 - ・ 届出内容に虚偽があり扶養基準を満たしていなかった場合は、認定の取り消しとなります。
 - ・ 扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証(高齢受給者証、限度額適用認定証含む)を添えて提出して下さい。

事業所	所在地	
	名称	
事業主	氏名	印

日本精機健康保険組合 H30.7
nshkenpo@nscs-net.ne.jp

健保組合受付日付印

証回収 / エントリー /

所属課名	
個人コード	

健康保険被扶養者(削除)届 副

健保欄	常務理事	事務長	職員	適用担当

被保険者証	記号	フリガナ		性別	和暦		生年月日					
	番号	被保険者氏名			男	昭和	年	月	日			
被保険者の住所				都道府県		電話番号						
異動区分	氏名フリガナ	性別	和暦	生年月日	戸籍上の続柄	職 業	扶養をしなくなった日	被扶養者でなくなった理由	被保険者と同居・別居の別	備考		
	被扶養者氏名(漢字)		個人番号(12桁)の記入は不要です		健康欄	年 収			(被保険者と別居の場合のみ住所記入)			
減		男	昭和	年	月	日	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居 別居	〒	-
		女	平成									
減		男	昭和	年	月	日	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居 別居	〒	-
		女	平成									
減		男	昭和	年	月	日	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居 別居	〒	-
		女	平成									
減		男	昭和	年	月	日	無職・()	H年 月 日	就職・収入超過・死亡 失業給付開始・別居 その他()	同居 別居	〒	-
		女	平成									

提出日 平成 年 月 日

- 〔注 意〕
- ・ 事実が発生した日から5日以内に、記入漏れのないよう正副記載し、必要書類を添えて事業所健康保険担当者(総務)へ提出して下さい。
 - ・ 必要書類については、「添付書類一覧表」をご確認いただき、全ての必要書類をご提出ください。
 - ・ 届出内容に虚偽があり扶養基準を満たしていなかった場合は、認定の取り消しとなります。
 - ・ 扶養から除く場合は、その方の健康保険被保険者証(高齢受給者証、限度額適用認定証含む)を添えて提出して下さい。

健保組合受付日付印

事業所	所在地	
	名称	
事業主	氏名	印