

健康保険被扶養者異動(削除申請)届

※ 削除申請するご家族の保険証を添付してご提出ください。

提出先

人材サポート部
くもん出版は業務部

任意継続被保険者の方は直接、健保組合へ

健康保険組合決裁欄

常務理事	事務長	係

被保険者の	保険証	記号 番号	被保険者氏名			性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	事業所名	(株)	部署名										
扶養削除する家族の	氏名(フリガナ)		性別	生年月日		続柄	被扶養者でなくなった日 (削除日)		申請理由 下記番号選択 または記入		健康保険資格喪失証明書 (要・否)及び提出先		
	.....		男女	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	要・否	提出先:
	.....		男女	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	要・否	提出先:
	.....		男女	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	要・否	提出先:

※健保組合記入欄

証回収	削除年月日			
/	令和	年	月	日
/	令和	年	月	日
/	令和	年	月	日

※ 届出が遅れても、認定基準を満たさなくなった日で削除します。
削除日以降の医療費等を公文健康保険組合が支払っている場合は、後日返還していただきます。

削除日

申請理由

理由	削除日
就職	就職した日
離婚	離婚した日(届出をした日)
死亡	死亡日の翌日
他の家族に扶養される	新しい健康保険に加入した日
生計維持関係がなくなった(別居又は独立)	別居又は独立を始めた日
限度額以上の収入が新たに発生	発生した日
年間収入の累計が限度額を超えた	超えた月の翌月1日
年間の自営業収入が限度額を超えた	当該年度の翌年1月1日
国内居住条件から外れる場合	日本国内に住所を有しなくなった日

- | | |
|-----------------------|----------------|
| ① 就職(社会保険加入) | ② 就職(社会保険非加入) |
| ③ 収入限度額を超えたため | ④ 自営業者となったため |
| ⑤ 結婚 | ⑥ 死亡 |
| ⑦ 離婚 | ⑧ 両親が離婚 |
| ⑨ 被保険者が主たる生計維持者でなくなった | |
| ⑩ 独立(自活開始) | ⑪ 同居が条件の家族と別居 |
| ⑫ 失業給付を受給するため | ⑬ 出産手当金を受給するため |
| ⑭ 国内居住条件から外れるため | |
- ※ いずれにも該当しないときは、理由を記入してください。

※ その他の理由で削除になる場合は、公文健康保険組合のホームページで確認していただくか、公文健康保険組合までお問い合わせください。

令和 年 月 日 提出

事業主 証明欄	上記のとおり相違ないことを証明します	この届出については①又は②の要件を満たしていること確認しました	確認 <input type="checkbox"/>
	所在地		① 申請者本人(被保険者)が作成したものである
	名称	② 記載内容については誤りがないか申請者本人に確認している	
	代表者氏名		

削除の届出が1ヶ月以上遅れた場合は

「遅延理由書」の提出が必要です

※理事長宛・フリーフォーマット