

# 家族を扶養からはずしたいとき

被扶養者が就職したとき、収入が増えたとき、離婚したとき、雇用保険の受給を開始し上限額を超えてしまったとき、死亡したとき、後期高齢者医療制度の被保険者になったときなど、被扶養者としての条件を満たさなくなった場合は、扶養からはずれる手続きが必要となりますので、「被扶養者（異動）届」をお届出ください。

- 申請書類：「被扶養者（異動）届」
- 提出期限：事由発生日より5日以内
- 添付書類：「保険証」または「健康保険被保険者証等回収不能届」
- ※一部対象の方については、「高齢受給者証」「限度額適用認定証」特定疾病療養受療証」も併せてご返却ください。

被保険者印をご捺印ください。

**被扶養者（異動）届** 削除

追加  
訂正

健康保険被保険者証	記号 <b>1234</b>	番号 <b>9999</b>	被保険者の氏名 <b>健保 太郎</b>	生年月日 <b>昭和47年05月11日</b>	配偶者の有無 <b>1有</b>	性別 <b>男1</b>	資格取得年月日 <b>昭和平成29年04月01日</b>	※標準報酬月額 額
被保険者の住所 <b>東京都中央区日本橋大伝馬町0-0-0</b>	TEL <b>03 (1234) 5678</b>		被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください。	配偶者の年間収入	※認定済被扶養者数	人		

フリガナ 被扶養者の氏名	性別	生年月日 個人番号	被保険者の続柄	職業 年取	被保険者の世帯別	扶養はじめた日 扶養しなくなった日	扶養することになった理由 又は扶養しなくなった理由	※認定年月日 ※削除年月日	備考
<b>ケンボ ハナコ</b> 氏 <b>健保</b> 名 <b>花子</b>	男 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>	<b>昭平60年3月3日</b>	妻	千円	同世帯 別世帯	29年10月1日	理由の理由…出生・結婚・離職 理由の理由…就職・再婚・国保加入・死亡 その他の理由	・ ・ ・	
氏 名	男 女	昭平 年 月 日	※	千円	同世帯 別世帯	年 月 日	理由の理由…出生・結婚・離職 理由の理由…就職・再婚・国保加入・死亡 その他の理由		
氏 名	男 女	昭平 年 月 日	※	千円	同世帯 別世帯	年 月 日	理由の理由…出生・結婚・離職 理由の理由…就職・再婚・国保加入・死亡 その他の理由		
氏 名	男 女	昭平 年 月 日	※	千円	同世帯 別世帯	年 月 日	理由の理由…出生・結婚・離職 理由の理由…就職・再婚・国保加入・死亡 その他の理由		

「扶養しなくなった日」は、次の健康保険の資格取得年月日などをご記入ください。

- 注意事項
- 被保険者との続柄は「長男・父・義父・弟」等詳しく記入してください。
  - 個人番号を必ず記入してください。
  - 満16歳（高校生）以上の方は添付書類が必要です。
  - 申請書、添付書類に不備や記入漏れがある場合は、認定できない場合がありますのでご注意ください。
  - 扶養から除く場合は、その方の「健康保険被保険者証」等を添えて提出してください。
- ★被扶養者に異動があったときは、5日以内に事業主を経由して提出してください。

「扶養することになった理由又は扶養しなくなった理由」は、該当する理由を○で囲んでください。その他の場合は、カッコ内に理由をご記入ください。

上記のとおり相違のないことを証明します。平成 年 月 日

事業所所在地 〒 **123 - 4567** **東京都中央区日本橋大伝馬町△-△-△**

事業所名称 **株式会社 ○○○**

事業主氏名 **代表取締役 健保 一郎**

電話 **03 (1234 局) 5678** 番

社会保険労務士の提出代行者印

全日本理美容健康保険組合

事業所の記入欄については、会社所在地、会社名、代表者名、電話番号をご記入ください。

代表者印のご捺印をお願いいたします。