

被扶養者取消届

事業主の証明欄	事業所所在地	〒	—
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	()

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者

提出日	令和	年	月	日	※ <input type="checkbox"/> 枠内を記入 ※当ではまる内容に○または☑、()内を記入					
被保険者	記号	番号	氏名	(フリガナ)	性別 男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

氏名	(フリガナ)	性別	男・女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	取消年月日	年	月	日
	取消理由												
<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢該当(障害) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外居住(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(理由:)													

氏名	(フリガナ)	性別	男・女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	取消年月日	年	月	日
	取消理由												
<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢該当(障害) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外居住(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(理由:)													

氏名	(フリガナ)	性別	男・女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	取消年月日	年	月	日
	取消理由												
<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢該当(障害) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外居住(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(理由:)													

氏名	(フリガナ)	性別	男・女	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	取消年月日	年	月	日
	取消理由												
<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢該当(障害) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外居住(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(理由:)													

添付書類	添付した書類に☑をつけてください。 ※死亡のときは埋葬料(費)支給申請書も添付してください。												
	<input type="checkbox"/> 被保険者証	【		】	枚	<input type="checkbox"/> 埋葬料(費)支給申請書							
	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	【		】	枚	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(両面の写し)							
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証(写し)						<input type="checkbox"/> その他()						

常務理事	事務長			担当

本書面および添付書類に記載された内容や申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。

記入例

健康保険 被扶養者取消届

事業主の証明欄	事業所所在地	〒 ー	事業主の証明欄	受付日付印
	事業所名称			
	事業主氏名			
	電話番号			
			社会保険労務士の提出代行者	

会社へ提出した日を記入

提出日：令和 3年 2月 5日 ※ 枠内を記入 ※当てはまる内容に○または□、()内を記入

被保険者記号	10	番号	1234567	氏名	(フリガナ) サトウ ○○ 佐藤 ○○	性別	男(○) 女	生年月日	昭和 平成 令和	40	1	1
--------	----	----	---------	----	------------------------	----	--------	------	----------------	----	---	---

該当する扶養取消理由に
☑を記入

氏名	(フリガナ) サトウ △△ 佐藤 △△	性別	男・女	続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	32	12	14	取消 年月日		
取消理由	<input checked="" type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢該当(障害) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外居住(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(理由:)		扶養 取消日	令和	3	2	1	コード					
氏名	(フリガナ) サトウ □□ 佐藤 □□	性別	男・女	続柄	長男	生年月日	昭和 平成 令和	8	2	1	取消 年月日		
取消理由	<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 扶養変更 <input type="checkbox"/> 死亡(年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 失業給付受給開始 <input type="checkbox"/> 後期高齢該当(障害) <input type="checkbox"/> 離婚(年 月 日) <input type="checkbox"/> 海外居住(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他(理由:)		扶養 取消日	令和	3	2	3	コード					

扶養取消日を記入

(例) 就職 ⇒ 新しい保険証の資格取得日
 失業給付受給開始 ⇒ 支給開始日
 離婚 ⇒ 離婚日の翌日

添付した書類に☑を記入

添付した書類に☑をつけてください。 ※死亡のときは埋葬料(費)支給申請書も添付してください。

<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証	【 2 】枚	<input type="checkbox"/> 埋葬料(費)支給申請書
<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	【 】枚	<input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証(両面の写し)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証(写し)		<input type="checkbox"/> その他()

常務理事	事務長		担当

本書面および添付書類に記載された内容や申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。

パレット健康保険組合

● 取消をする家族の**保険証を必ず添付**

● 以下の理由で取消をする場合は**添付書類が必要**です

保険証

高齢
受給者証

+

※ 70歳以上の方

- ・ 失業給付受給開始 「雇用保険受給資格者証の写し」
※支給開始日が印字されているもの
- ・ 死亡 「埋葬料(費)支給申請書」
- ・ 後期高齢該当 「後期高齢者被保険者証の写し」