

被扶養者届 (減少用)

1 /

常務理事	事務長	課長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-			被保険者等記号・番号が不明な場合にのみマイナンバーを記入		
	氏 名				被保険者の マイナンバー	※ 注4	-
	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	届出年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - Tel - -					

削 除 対 象 者 ①	氏 名				今回届出 の理由	1.新たな医療保険に加入した / 資格取得年月日 2.対象者が死亡した / 死亡年月日 3.被保険者と離婚した / 離婚年月日 4.他の被保険者の扶養に入る / 認定年月日 5.扶養限度内収入を超え国保に加入する / 収入が超えた日 6.その他の理由 / 扶養を外れた日  (理由: )
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月		
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1.男 2.女	今回届出の 事由発生日
扶養削除(資格喪失)年月日						
令和 年 月 日						

削 除 対 象 者 ②	氏 名				今回届出 の理由	1.新たな医療保険に加入した / 資格取得年月日 2.対象者が死亡した / 死亡年月日 3.被保険者と離婚した / 離婚年月日 4.他の被保険者の扶養に入る / 認定年月日 5.扶養限度内収入を超え国保に加入する / 収入が超えた日 6.その他の理由 / 扶養を外れた日  (理由: )
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月		
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1.男 2.女	今回届出の 事由発生日
扶養削除(資格喪失)年月日						
令和 年 月 日						

事 業 主 欄	上記のとおり届出します。 令和 年 月 日
	所在地
	名 称
	役 職 氏 名

【注意事項】

- 被扶養者が認定基準を外れたときに、事由発生の日より5日以内に該当被扶養者の健康保険証(令和7年12月1日まで)もしくは、資格確認書(発行対象者のみ)、また、高齢受給者証、特定疾病療養受療証、限度額適用認定証、標準負担額減額認定証がある場合はその証もを添えて提出ください。
- 該当者の健康保険証・資格確認書・高齢受給者証を紛失し、この届に添付できない場合は、「健康保険証(令和7年12月1日まで)・資格確認書・高齢受給者証 減失届減失届」を同時に提出してください。
- 被保険者等記号・番号を記入しない場合は、マイナンバーを記入してください。  
(被保険者等記号・番号はマイナポータル・資格情報のお知らせ・資格確認書で確認できます。)
- 選択欄は該当数字を記入するか、○で囲んで、必要事項を漏れなく記入してください。
- 訂正は二線抹消し、訂正者氏名を自署ください。(修正テープ使用不可)
- 理由1の「新たな医療保険に加入した」(就職等)による届出は、当組合発行の「資格重複の確認及び届出に関する件ご依頼」通知または、新たな医療保険者が発行した「資格情報のお知らせ」(写)もしくは、「資格確認書」(写)を添えてください。
- 事由発生日は、必ず記入してください。
- 扶養削除(資格喪失)日以降に、当組合の健康保険を使用された場合、医療費の返納を求めます。

# 被扶養者（資格削除）決定通知書

被 保 険 者 欄	被保険者等 記号・番号	-					
	氏 名						
	生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	届出年月日	令和 年 月 日
	住民票住所	〒 - TEL - -					

削 除 対 象 者 ①	氏 名					今回届出 の理由	1.新たな医療保険に加入した / 資格取得年月日 2.対象者が死亡した / 死亡年月日 3.被保険者と離婚した / 離婚年月日 4.他の被保険者の扶養に入る / 認定年月日 5.扶養限度内収入を超え国保に加入する / 収入が超えた日 6.その他の理由 / 扶養を外れた日 (理由: )
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日		
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別		1.男 2.女	今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日
扶養削除（資格喪失）年月日							
令和 年 月 日							

削 除 対 象 者 ②	氏 名					今回届出 の理由	1.新たな医療保険に加入した / 資格取得年月日 2.対象者が死亡した / 死亡年月日 3.被保険者と離婚した / 離婚年月日 4.他の被保険者の扶養に入る / 認定年月日 5.扶養限度内収入を超え国保に加入する / 収入が超えた日 6.その他の理由 / 扶養を外れた日 (理由: )
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日		
	被保険者 との続柄	(長男等具体的に記入)	性別	月	1.男 2.女	今回届出の 事由発生日	令和 年 月 日
扶養削除（資格喪失）年月日							
令和 年 月 日							

事 業 主 欄	上記のとおり届出します。
	令和 年 月 日
	所在地
	名称 役職 氏名

この処分に不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に文書又は口頭で社会保険審査官（地方厚生（支）局内）に対して審査請求をすることができます。

また、審査請求の決定に不服があるときは、再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。再審査請求は、審査官の決定書の謄本が送付された日の翌日から起算して2か月以内に文書又は口頭で社会保険審査会（厚生労働省内）に対して行うことができ、処分の取消しの訴えは、審査請求の決定があったことを知った日から6か月以内（再審査請求があったときは、その裁決があったことを知った日から6か月以内）に、健康保険組合を被告として提起することができます。（ただし、原則として、決定又は裁決の日から1年を経過したときは、提起することができなくなります。）

なお、審査請求があった日から2か月を経過しても決定がないときや、処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、審査請求の決定を経なくても再審査請求又は処分の取消しの訴えを提起することができます。