

増

〒1130 デンソー健康保険組合 御中

### 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】

減

健保受付印

- この届は次の場合、必要書類を添付して速やかに提出して下さい。既に被扶養者である方が、被扶養者でなくなる場合(就職、結婚、収入限度超過、死亡等)
- 健康保険法第217条により、虚偽の申請をしたり、職員の質問に答弁しなかったり、虚偽の答弁をした場合は、処罰されますのでご注意ください。
- 裏面に記載の添付書類、注意事項を必ずご確認ください。**
- 必ず、削除手続きを行う。被扶養者のデンソー健保の保険証を添付してください。
- 勤務先にて健康保険に加入した日以降に、デンソー健保の保険証を使用していた場合は、医療費を請求させていただきます。
- 氏名を本人自ら署名した場合には、本人の押印は不要です。

健保組合	事務長・室長	主務	係員

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証	記号	番号	ふりがな	性別	生年月日	従業員番号	経路 ①(株)デンソーの方 ②(株)デンソー以外の方 申請者↓書記↓健康保険組合 申請者↓事業主・人事(総務)↓健康保険組合	
	所属	部 工場・室 課 係 班 (内線Tel - )							担当書記 氏名(フルネーム): 社内メール: 〒 内線番号: -
	現住所	〒 - Tel ( ) -							
	住民票	<input type="checkbox"/> 現住所と同じ							
	登録住所	<input type="checkbox"/> 現住所と異なる ⇒ 住民票登録住所記入							
※ 個人情報保護に関しては、 <a href="https://www.denso-kenpo.or.jp/policy">https://www.denso-kenpo.or.jp/policy</a> をご覧下さい。なお、本帳票の記載事項(氏名・住所等)は「保健事業等の案内」「機関紙の発送」「給付金のお知らせ」に使用致します。									

被扶養者の異動記入欄	氏名 ※楷書で丁寧に記入下さい(略字不可)		続柄 ※省略不可	性別	職業	収入の有無と金額 (年間収入換算額)	理由(該当する番号に○をつけてください)	扶養しなくなった日(削除日)	削除 年月日
	ふりがな			男・女		有・無	1. 勤務先の健康保険に加入(就職等)→ <b>保険証コピーを貼付</b> 2. 収入超過(国民健康保険に加入) 3. 失業給付受給(国民健康保険に加入) 4. その他(理由: )	就職日・収入超過が判明した日、 その他 異動が発生した日を記入 令和 年 月 日	
	氏名					円			
生年月日	S・H・R	年 月 日			円				
ふりがな			男・女		有・無	1. 勤務先の健康保険に加入(就職等)→ <b>保険証コピーを貼付</b> 2. 収入超過(国民健康保険に加入) 3. 失業給付受給(国民健康保険に加入) 4. その他(理由: )	就職日・収入超過が判明した日、 その他 異動が発生した日を記入 令和 年 月 日		
氏名					円				
生年月日	S・H・R	年 月 日			円				

#### 勤務先の健康保険発行 保険証のコピー貼付場所

勤務先の健康保険に加入している場合は、  
**勤務先の健康保険で発行された保険証のコピー**を貼付してください。  
(記号・番号、保険者番号は塗りつぶして見えないようにしてください)

保険証の表面のみ貼付してください。裏面コピーは不要です。

#### 勤務先の健康保険発行 保険証のコピー貼付場所

勤務先の健康保険に加入している場合は、  
**勤務先の健康保険で発行された保険証のコピー**を貼付してください。  
(記号・番号、保険者番号は塗りつぶして見えないようにしてください)

保険証の表面のみ貼付してください。裏面コピーは不要です。

※(株)デンソー除く 事業主署名欄	所在地	印
	名称 事業主	

死亡診断照合	失業給付受給期間	異動入力	喪失証明送付	3号	住所入力
	/ ~ /			喪失	
死亡日 /	日間			案内	

保険証のコピーは、不要な部分は切り取り、貼付場所のにりまたはセロテープではがれないように貼ってください。

## 1. 被扶養者削除に必要な添付書類

**添付書類は、必ず全て添付の上、健保へ提出してください。**

削除理由	添付書類	
配偶者	1. 勤務先の健康保険に加入 (就職先、パート・アルバイト先で健康保険に加入)	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> 勤務先健康保険発行の保険証コピー
	2. 収入超過(※2 国民健康保険に加入)	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> ※国民年金第3号被保険者関係届(被扶養配偶者非該当・死亡)手続依頼書 ※ (株)デンソーの配偶者のみ提出
	3. 失業給付受給(※2 国民健康保険に加入)	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証両面(写)または、雇用保険受給資格通知両面(写) または、「失業給付開始後の手続きについて」(健保から事前送付があった場合) <input type="checkbox"/> ※国民年金第3号被保険者関係届(被扶養配偶者非該当・死亡)手続依頼書 ※ (株)デンソーの配偶者のみ提出
	4. その他 ※2	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> 新しい保険証コピー → 次の健康保険に加入されている場合のみ <input type="checkbox"/> ※国民年金第3号被保険者関係届(被扶養配偶者非該当・死亡)手続依頼書 ※ これから国民健康保険に加入する、(株)デンソーの配偶者のみ提出
配偶者以外	1. 勤務先の健康保険に加入 (就職先、パート・アルバイト先で健康保険に加入)	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> 勤務先健康保険発行の保険証コピー
	2. 収入超過(※2 国民健康保険に加入)	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証
	3. 失業給付受給(※2 国民健康保険に加入)	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証両面(写)または、雇用保険受給資格通知両面(写) または、「失業給付開始後の手続きについて」(健保から事前送付があった場合)
	4. その他 ※2	<input type="checkbox"/> 健康保険被扶養者(異動)届【削除用】 <input type="checkbox"/> 削除対象者のデンソー健保の保険証 <input type="checkbox"/> 新しい保険証コピー → 次の健康保険に加入されている場合のみ

※2 国民健康保険加入に必要な「資格喪失証明書」は、削除処理完了後、発行致します。

国民年金第3号被保険者関係届(被扶養配偶者非該当・死亡)手続依頼書は、人事インフォメーションサイトから印刷をしてください。  
<http://info.jinji.denso.co.jp/contents/ja/product/manual/sinpen/sinpen-ne/sinpen-ne-haiguu/sinpen-ne-haiguu-sousitu/>

## 2. 書類記入上の注意事項

- 太枠内は全てご記入ください。
- 電子印の押印は、受付できません。氏名を本人自ら署名していない場合は、印刷した異動届に認印(シャチハタ印可)を押印してください。
- 収入の有無と金額…年間収入換算額が不明な場合は、空欄で構いません。

## 3. 書類提出上の注意事項

- 保険証の返却が必要なため、電子データでの提出は受付できません。必ず、異動届原紙と添付書類をセットにして健保へご提出ください。
- デンソー健保の保険証は、切り込み等は入れず、そのまま返却してください。
- デンソー健保の保険証を紛失・廃棄し、返却ができない場合は、デンソー健保のホームページから「健康保険被保険者減失(紛失)届」を印刷し異動届と一緒に提出してください。
- 勤務先健康保険発行の保険証コピーは、**正しい日付で削除処理を行うために**必要な書類です。削除日に記入ミス、記入漏れがあると、健保で確認・修正作業が発生します。またマイナンバーの突合処理時に日付の誤りが判明すると、データの訂正が必要となります。スムーズな処理を行うために必ず提出をお願いします。勤務先健康保険での保険証発行に時間を要する場合、**資格取得日が記載**された、資格証明書等コピーの添付でも構いません。
- 勤務先にて健康保険に加入した日以降に、デンソー健保の保険証を使用した場合は後日、健保負担分の医療費を請求させていただきます。新しい保険証が手元に届く前に病院へ受診される際は、「保険証切り替え中」である旨をお伝えいただき、病院の指示に従ってご受診ください。
- 健康保険の収入は【事実が生じたときから1年間の見込み収入】で判断をします。1か月あたりの収入が108,334円(60歳以上、障がい者は150,000円)以上の月が3か月以上、継続すると判明した時点で、扶養削除手続きが必要です。
- 記載の添付書類以外にも、必要に応じて証明書等の提出をお願いすることがあります。

デンソー健康保険組合 〒448-0045 刈谷市新富町2丁目41番地 (社内メール 〒1130)

外線TEL 0566-25-3121 FAX 0566-24-6301 内線TEL 549-214、201、212、425 FAX 549-921