

☐増
☒減

記入例

30 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】

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。

健保受付印

2023.1 改

提出日：令和 年 月 日

被 保 險 者 欄	健康保険 被保険者証	記 号 1	番 号 123456	ふりがな 被保険者 戸籍氏名	でんそー 太郎	性別 男・女	昭・平	生 年 月 日 〇〇 年 〇 月 〇 日	従業員番号 1234567	経 路 ① 株式会社デンソーの方 ② 株式会社デンソー以外の方 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	〇〇〇〇	部 〇〇〇	工場・室 〇〇	課 〇〇	係 〇	班 (内線Tel 551 - 12345)	氏名(フルネーム): 〇〇 〇〇		
	現 住 所	〒 448 - 〇〇〇〇 Tel (0566) 〇〇 - 〇〇〇〇 愛知県 〇〇市 〇〇町 〇丁目 〇番地							社内メール : 〒〇〇〇〇	
	住 民 票 登録住所	☒ 現住所と同じ 〒 - ☐ 現住所と異なる ⇒ 住民票登録住所記入							内線番号 : 551 - 〇〇〇〇〇	

※ 個人情報保護に関しては、<https://www.denso-kenpo.or.jp/policy> 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	でんそー じろう				有・無			
	氏名	デンソー 次郎	二男	男・女	会社員	300万 円	1. 勤務先の健康保険に加入(就職等)→保険証コピーを貼付 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 〇年 〇〇月 〇〇日	
	生年月日	S・H・R 〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
	ふりがな	でんそー はなこ	妻	男・女	パート	有・無	1. 勤務先の健康保険に加入(就職等)→保険証コピーを貼付 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 〇年 〇〇月 〇〇日	
	氏名	デンソー 花子				180万 円			
	生年月日	S・H・R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							

健康保険
被保険者証

本人(被保険者) 〇〇年 〇〇月 〇〇日 交付

記号

番号

氏名 デンソー 次郎

勤務先の健康保険発行
保険証のコピーを貼付する

保険者所在地 **県**市**町 000 番地

保険者番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

保険者名称 株式会社**健康保険組合

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。

※
事業主署名欄
除く

所在地
名称
事業主

印

死亡診断照会	失業給付受給期間	異動入力	喪失証明送付	3号	住所入力
健保使用欄					
死亡日 /	日間				

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。