

【削除】

<A4横 両面印刷>

記入例

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】

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)

2. 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。
3. 裏面に記載の添付書類、注意事項を必ずご確認ください。
4. 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・デンソー健保に紐付済のマイナ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。
5. 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

2024.12 改

健保組合	事務長・室長	主 務	係 員
	健保使用欄		

提出日：令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	記 号	番 号	ふりがな	でんそー たろう	性別	生 年 月 日	従業員番号	経 路 ② ① 株式会社デンソーの方 以外の方 申請者↓書記↓健康保険組合 事業主・人事(総務)↓健康保険組合
	1	123456	被保険者 戸籍氏名	デンソー 太郎	印 男・女	昭 平 〇〇 年 〇 月 〇 日	1234567	
	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 (〇〇〇〇) 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	二男	男・女	会社員	有・無	1. 勤務先の健康保険に加入(就職等) 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 〇月 〇日	
	氏名	デンソー 次郎				300万 円	添付書類の詳細は裏面参照		
	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) 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 〇月 〇日	
	氏名	デンソー 花子				180万 円	添付書類の詳細は裏面参照		
	生年月日	S・H・R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日							
	ふりがな			男・女		有・無	1. 勤務先の健康保険に加入(就職等) 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								
	生年月日	S・H・R 年 月 日							

<添付書類>

- ☐ 削除対象者のデンソー健保の保険証(2024年12月1日以前発行保険証をお持ちの場合のみ)
- ☐ 削除対象者のデンソー健保の資格確認書(有効期限内の資格確認書をお持ちの場合のみ)
- ☐ その他の添付書類 (裏面の「1.被扶養者削除に必要な提出書類」を参考にして揃えてください)

※「健康保険被扶養者(異動)届【削除用】」(この帳票)と離れないようにクリップ等でセットしてご提出ください。

※ 事業主署名欄 除く	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
健保使用欄					
死亡日 /	日間			案内	