

被扶養者から削除する家族	ふりがな	性別	生年月日(和暦)	続柄	扶養しなくなった理由	削除(喪失)年月日 (記入しないでください)						
	被扶養者氏名											
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日				令和		

常務理事

事務長

課長

取扱者

健康保険組合

上記のとおり被扶養者資格の削除(喪失)を届出いたします。

令和 年 月 日

事業所名(会社名)
(出向の方は元籍会社名)

所属名
(出向の方は出向先)

西武健康保険組合
理事長 殿

被保険者 (申請者)	被保険者の記号番号 (枝番不要)			
	氏名			
	生年月日 (和暦)	昭和 平成 令和	年 月 日	性別
	被保険者資格 取得年月日 (和暦)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女

健保受付日

事業所 管理者	所属 管理者
担当者	担当者

- 《ご注意》
- 届出にあたって、お手数ですが3片に同じ内容をご記入いただき3片ともご提出ください。カーボン紙等を使用して転写していただいても構いません。
 - 性別および元号欄は、当てはまるものに必ず○印をつけてください。
 - 網掛けの「削除(喪失)年月日」欄は何も記入(入力)しないでください。西武健保で記入いたします。
 - ”消せるボールペン”は不備扱いとなりますので使用しないでください。

健康保険被扶養者削除届

西武健康保険組合

②事業主控
(一度組合まで提出してください)

2025. 6

被扶養者から削除する家族	ふりがな	性別	生年月日(和暦)			続柄	扶養しなくなった理由	削除(喪失)年月日 (記入しないでください)			
	被扶養者氏名										
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			令和		

上記のとおり被扶養者資格の削除(喪失)を届出いたします。

令和 年 月 日			事業所名(会社名) (出向の方は元籍会社名)	所属名 (出向の方は出向先)
-------------------------	--	--	---------------------------	-------------------

西武健康保険組合
理事長 殿

被保険者 (申請者)	被保険者の記号番号 (枝番不要) (—)			
	氏 名			
	生 年 月 日 (和暦)	昭和 平成 令和	年 月 日	性別
	被保険者資格 取得年月日 (和暦)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女

健保受付日

事業所 管理者	所属 管理者
担当者	担当者

- 《ご注意》
- 届出にあたって、お手数ですが3片に同じ内容をご記入いただき3片ともご提出ください。カーボン紙等を使用して転写していただいても構いません。
 - 性別および元号欄は、当てはまるものに必ず○印をつけてください。
 - 網掛けの「削除(喪失)年月日」欄は何も記入(入力)しないでください。西武健保で記入いたします。
 - ”消せるボールペン”は不備扱いとなりますので使用しないでください。

健康保険被扶養者削除(喪失)証明書

西武健康保険組合

③申請者控

(一度組合まで提出してください)

2025. 6

被扶養者から削除する家族	ふりがな	性別	生年月日(和暦)	続柄	扶養しなくなった理由	削除(喪失)年月日 (西武健保記入)			
	被扶養者氏名								
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			
		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日			

事業所名(会社名)				所属名			
令和	年	月	日	(出向の方は元籍会社名)			
				(出向の方は出向先)			

被保険者 (申請者)	被保険者の記号番号 (枝番不要)					
	氏名					
	生年月日 (和暦)	昭和 平成 令和	年	月	日	性別
	被保険者資格 取得年月日 (和暦)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女

健保受付日

健保受付日に提出・受理された健康保険被扶養者削除(喪失)届による申請に基づき、
上記のご家族様が西武健康保険組合の被扶養者から削除(喪失)されましたことを証明いたします。

※当組合の受付印および公印(朱角印)の押印無きものは削除(喪失)証明書として無効となります。

西武健康保険組合

04-2926-3876