

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)	常務理事	
	被扶養者氏名							
	せいぶ やすの 西武 康乃	女	昭和 47 年 7 月 19 日	妻	令和6年1月2日離婚 「他の健保加入」か「国保加入」のいずれかを記載してください。	削除となるご家族が、先に他の健康保険に加入した場合は、その保険証のコピーを添付してください。(添付書類は封緘可)		
	せいぶ てつお 西武 鉄男	男	平成 8 年 5 月 10 日	長男	令和6年1月1日 勤務先の健康保険に加入したため	新しく加入した健康保険の資格取得日を記入のうえ、就職先の保険証のコピーまたは資格証明書のコピーを添付してください。(添付書類は封緘可)		
	せいぶ えみ 西武 笑実	女	平成 6 年 3 月 15 日	長女	・結婚で夫の扶養に移るため (西武健保を削除後に加入予定) ・結婚で夫の扶養に移ったため	西武健保削除後に先方の健康保険に加入する場合は()の記述を記載してください。既に先方の健康保険に加入した場合は、その保険者証のコピーを添付してください。		
	せいぶ やすこ 西武 保子	女	昭和 25 年 3 月 27 日	母	収入超過のため・国保加入	「国民健康保険に加入」の場合はその旨を必ず記入してください。		
	せいぶ いちろう 西武 一郎	男	昭和 25 年 9 月 10 日	父	令和6年1月3日 死亡のため	亡くなられた日を記入してください。また、死亡診断書や死亡届等のコピーを添付してください。(添付書類は封緘可)		

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。

出力日 令和6年1月5日

事業所名(会社名)

(出向の方は元籍会社名)

西武〇〇株式会社

所属名

(出向の方は出向先)

出向西武△△総務部

西武健康保険組合
理事長 殿

記入見本

被保険者 (申請者)	被保険者証の記号番号 (枝番不要)	(101 - 40101)
	氏 名	西武 健太郎
	生 年 月 日 (和暦)	昭和 47 年 9 月 15 日 性別
	被保険者資格 取得年月日 (和暦)	平成 6 年 4 月 1 日 男

健保受付日

提出にあたっては所属(部または職場)管理
部門(右列)と事業主人事部門(左列)の承認

被保険者の押印は不要です。

事業所	所属
管理者	管理者
○ ○	○ ○
○ ○	○ ○
担当者	担当者
○ ○	○ ○

《ご注意》

- この届出はパソコン入力または手書きでお使いいただけます。(白黒印刷可) 3片ともご提出ください。
- パソコン上で入力できない文字(外字等)については、該当箇所を空白で印刷した後手書きにて記入してください。
- 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。