

## 健康保険被扶養者削除届

|              |                   |          |                                 |    |                                                                      |                                                                               |      |
|--------------|-------------------|----------|---------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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<br>(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<br>西武 康乃  | 男・女<br>男 | 昭和<br>平成<br>令和<br>47 年 7 月 19 日 | 妻  | 令和6年1月2日離婚<br>「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。<br>(添付書類は封緘可)                  |      |
|              | せいぶ てつお<br>西武 鉄男  | 男・女<br>男 | 昭和<br>平成<br>令和<br>6 年 5 月 10 日  | 長男 | 令和6年1月1日<br>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<br>西武 笑実   | 男・女<br>男 | 昭和<br>平成<br>令和<br>8 年 3 月 15 日  | 長女 | ・結婚で夫の扶養に <b>移る</b> ため<br>(西武健保を削除後に加入予定)<br>・結婚で夫の扶養に <b>移った</b> 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<br>西武 保子  | 男・女<br>男 | 昭和<br>平成<br>令和<br>25 年 3 月 27 日 | 母  | 収入超過のため・国保加入                                                         | 「国保加入」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<br>西武 一郎 | 男・女<br>男 | 昭和<br>平成<br>令和<br>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                                   |      |
|              |                   |          |                                 |    |                                                                      |                                                                               |      |

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 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<br>(申請者) | 被保険者証の記号番号<br>(枝番不要)    | ( 108 - 40101 )                 |
|               | 氏 名                     | 西武 健太郎                          |
|               | 生 年 月 日<br>(和暦)         | 昭和<br>平成<br>令和<br>47 年 9 月 15 日 |
|               | 被保険者資格<br>取得年月日<br>(和暦) | 昭和<br>平成<br>令和<br>2 年 4 月 1 日   |
|               |                         | 性別<br>男・女<br>男                  |

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)の承認を受けてください。

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》

- 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。