

被扶養者除外申請書

第一生命健康保険組合 御中

記入日	令和	年	月	日
所属またはグループ会社名（任意継続者は記入不要）				
部・支社 会社			課 営業オフィス	

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

被 保 険 者 欄	健康保険の資格情報										被保険者氏名	
	記号											(氏)

◆下記書類を添付してください ※配偶者を除外する場合は、下記注意事項を必ずご確認ください

- ① 交付されている方のみ除外する対象者全員分の返却が必要
 - ・「健康保険証」（除外日が令和7年12月1日までの方） ⇒ 添付した
 - ・「資格確認書」（有効期限内のもの） ⇒ 添付した
 - ・「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」 ⇒ 添付した
- ② ①に該当し、返却が必要な証等を紛失した方は「健康保険資格確認書等発行申請（滅失）」 ⇒ 添付した
- ③ 後期高齢者該当の方は、後期高齢者医療制度の「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」の写し ⇒ 添付した

被 扶 養 者 欄	氏 名		続柄	生年月日・年齢					
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	歳	
	除外日		除外理由				センター使用欄		
令和	年	月	日	就職 扶養異動 収入増 死亡 その他 () 後期高齢者該当 ※被扶養者の住民票住所を必ずご記入ください (千 -)				<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 滅失届 <input type="checkbox"/> 3号届 <input type="checkbox"/> 後期高齢者	
※他の健康保険に加入する日を記入 (例) 4月1日就職→除外日は4月1日									

被 扶 養 者 欄	氏 名		続柄	生年月日・年齢					
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	歳	
	除外日		除外理由				センター使用欄		
令和	年	月	日	就職 扶養異動 収入増 死亡 その他 () 後期高齢者該当 ※被扶養者の住民票住所を必ずご記入ください (千 -)				<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 滅失届 <input type="checkbox"/> 3号届 <input type="checkbox"/> 後期高齢者	
※他の健康保険に加入する日を記入 (例) 4月1日就職→除外日は4月1日									

被 扶 養 者 欄	氏 名		続柄	生年月日・年齢					
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	歳	
	除外日		除外理由				センター使用欄		
令和	年	月	日	就職 扶養異動 収入増 死亡 その他 () 後期高齢者該当 ※被扶養者の住民票住所を必ずご記入ください (千 -)				<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 滅失届 <input type="checkbox"/> 3号届 <input type="checkbox"/> 後期高齢者	
※他の健康保険に加入する日を記入 (例) 4月1日就職→除外日は4月1日									

注意事項（必ずご確認ください）

【配偶者を被扶養者から除外する場合】

- 第3号被保険者関係届を添付してください（20歳未満、60歳以上の方、任意継続者は提出不要）
- 被扶養者の子がいる場合、以下のいずれかを提出してください
 - ・配偶者の収入が、被保険者の収入を上回る場合（被扶養者として継続加入不可）→子の被扶養者除外申請書
 - ・配偶者の収入が、被保険者の収入を下回る場合→配偶者の収入がわかる書類（給与明細書・雇用契約書の写し等）

- 【その他】**
- 死亡による除外の場合は、家族埋葬料請求書を添付してください
 - 除外日以降に第一生命健康保険組合のマイナ保険証等を使用し医療機関等を受診した場合は、必ず医療機関窓口にて資格を喪失した旨を申し出てください

健保組合処理欄	
証回収年月日	入力年月日