

### 被扶養者除外申請書

第一生命健康保険組合 御中

除外証明書の発行を希望する場合、チェックをしてください

- 国保加入のため  他健保へ提出のため
- その他（ ）

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

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証										被保険者氏名					
	記 号								番 号					(氏)		

被 扶 養 者 欄  ①	氏 名										続柄		生年月日・年齢							
	(氏)										(名)		昭和 平成 令和		年	月	日	歳		
	除外する日										除外理由						添付書類等の確認			
	令和 年 月 日										<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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 〒 -						<input type="checkbox"/> 対象者の保険証 上記に加えて <input type="checkbox"/> 70歳以上⇒高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者⇒後期高齢者医療制度の健康保険証（写し） ※上記を紛失時は被保険者証等滅失届を添付する ※配偶者を除外する⇒注参照			

センター使用欄	健保使用欄
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 滅失届 <input type="checkbox"/> 3号届 <input type="checkbox"/> 後期高齢証写し	除外日 令和 年 月 日

被 扶 養 者 欄  ②	氏 名										続柄		生年月日・年齢							
	(氏)										(名)		昭和 平成 令和		年	月	日	歳		
	除外する日										除外理由						添付書類等の確認			
	令和 年 月 日										<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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 〒 -						<input type="checkbox"/> 対象者の保険証 上記に加えて <input type="checkbox"/> 70歳以上⇒高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者⇒後期高齢者医療制度の健康保険証（写し） ※上記を紛失時は被保険者証等滅失届を添付する ※配偶者を除外する⇒注参照			

センター使用欄	健保使用欄
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 滅失届 <input type="checkbox"/> 3号届 <input type="checkbox"/> 後期高齢証写し	除外日 令和 年 月 日

被 扶 養 者 欄  ③	氏 名										続柄		生年月日・年齢							
	(氏)										(名)		昭和 平成 令和		年	月	日	歳		
	除外する日										除外理由						添付書類等の確認			
	令和 年 月 日										<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 収入増 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 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 〒 -						<input type="checkbox"/> 対象者の保険証 上記に加えて <input type="checkbox"/> 70歳以上⇒高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者⇒後期高齢者医療制度の健康保険証（写し） ※上記を紛失時は被保険者証等滅失届を添付する ※配偶者を除外する⇒注参照			

センター使用欄	健保使用欄
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 滅失届 <input type="checkbox"/> 3号届 <input type="checkbox"/> 後期高齢証写し	除外日 令和 年 月 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被保険者証を使用して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