

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
所屬またはグループ会社名
部・支社 課
会社 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
(氏) (名)
(印)

被扶養者欄 ①
氏名 続柄 生年月日・年齢
除外する日 除外理由 添付書類等の確認
(例) 4月1日就職のため、他健保加入
除外日は●年4月1日
※他の健康保険に加入する日が
第一生命健保の除外日になる

被扶養者欄 ②
氏名 続柄 生年月日・年齢
除外する日 除外理由 添付書類等の確認
(例) 4月1日就職のため、他健保加入
除外日は●年4月1日
※他の健康保険に加入する日が
第一生命健保の除外日になる

被扶養者欄 ③
氏名 続柄 生年月日・年齢
除外する日 除外理由 添付書類等の確認
(例) 4月1日就職のため、他健保加入
除外日は●年4月1日
※他の健康保険に加入する日が
第一生命健保の除外日になる

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号被保険者関係書を添付してください
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
配偶者の収入が、被保険者の収入を下回る場合

【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