

	担当

	担当

	担当

該当被扶養者の個人番号を利用した情報連携照会にて、該当被扶養者が被保険者と別世帯に居住していると思われます。**1.被扶養者継続審査**に必要事項を記入のうえ、ご提出ください。なお、被扶養者削除をする場合は、**2.被扶養者削除**に必要事項を記入のうえ、ご提出ください。

回答により必要書類をご用意いただき、記入欄の該当事項に☑チェックおよび記入のうえ、本紙と一緒にご提出ください。

[illegible]

削除理由	該当事項にチェック	保険証・高齢受給者証の返却	該当事項にチェック
☐ 収入オーバー ☐ 送金の事実なし 令和6年9月1日 ⇒ 削除日	☐ 生計維持関係がなくなった ☐ 送金額が認定対象者の収入を下回る	[保険証] ☐ 添付 ☐ 減失	[高齢受給者証] (交付者のみ) ☐ 添付 ☐ 減失 ※被保険者証・高齢受給者証(交付されている方のみ)を必ず添付してください。 被保険者証・高齢受給者証を減失された場合は、当組合ホームページより「被保険者証滅失届」、「高齢受給者証滅失届」をダウンロードのうえ添付してください。
☐ 就職等で他の健康保険に加入 資格取得日 平成・令和 年 月 日 ⇒ 削除日		被扶養者の再申請をする方 令和6年度(令和5年1月～12月)中の収入がオーバーしているが、その後、被扶養者の収入範囲内になった方は、一度基準日の令和6年9月1日で削除をしていただき、再度「健康保険被扶養者(異動)届」に必要書類を添付し当組合適用1課へご提出ください。 審査のうえ、被扶養者の認定基準を満たしていれば受付日にて認定いたします。 なお、再申請の際は「健康保険被扶養者(異動)届」の右上に「 再認用 」と記入してください。	
☐ 国内居住要件例外非該当 (1. または 2. に○をつけてください) 1. 令和2年4月1日以前 令和2年4月1日 ⇒ 削除日 2. 令和2年4月1日以降 住民票除票日 平成・令和 年 月 日 ⇒ 削除日			
☐ 死亡による削除 死亡日 令和 年 月 日 ⇒ 死亡日の翌日が削除日			

事業主記載欄 ↓事業所側でご記載ください。記載のない場合は受理できません。

郵便番号	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主名	
電話番号	
事務担当者名 又は	
社労士事務所名及び担当者名	

年 月 日 提出
 (受付日印)

社会保険労務士記載欄

※提出する際は、再確認調書に記載の記号・番号・該当被扶養者氏名等に誤りがないかの確認をお願いいたします。