

	担当

記号	番号	被保険者	該当被扶養者		
			氏名	続柄	年齢

[illegible]

削除理由 該当事項に○チェック ☐ 収入オーバー ☐ 生計維持関係がなくなった ☐ 送金の事実なし ☐ 送金額が認定対象者の収入を下回る 令和8年9月1日 ⇒ 削除日	資格確認書の返却 該当事項に○チェック ☐ 添付 ☐ 滅失 ☐ 交付を受けていない
☐ 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
☐ 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	令和8年度(令和7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8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一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。
☐ 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	

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	

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。