

健康保険 被扶養者異動届（削除者用）

ロートグループ健康保険組合 理事長 殿

1. 申請内容

提出日 年 月 日

本人	被保険者等	記号 番号	住所	〒 -	
	氏名	(歳)			
申請家族1	カナ		続柄	削除理由	削除該当日
	氏名			下表の該当番号記入	年 月 日
申請家族2	カナ		続柄	削除理由	削除該当日
	氏名			下表の該当番号記入	年 月 日

2. 削除理由

削除理由	該当削除日(資格喪失日)	添付書類(コピー)
①就職(社会保険・共済)	就職した日(就職先健保資格取得日)	雇用契約書・採用通知書・労働条件通知書・資格情報のお知らせ等雇用開始日がわかる書類
②就職(国保)	就職した日	不要(喪失証明を希望ください)
③失業保険の受給開始	受給開始日(待機満了日の翌日)	受給資格者証 両面コピー
④収入超過(アルバイト等)	基準をオーバーした日の翌月1日	理由書(様式自由) ※追加書類求める場合有
⑤収入超過(確定申告者)	該当年の翌年4月1日	確定申告書を収支内訳書
⑥結婚	入籍した日	受理証明書または戸籍謄本
⑦離婚	離婚した日	受理証明書または戸籍謄本
⑧死亡	死亡した日の翌日	不要(埋葬料・費を申請ください)
⑨後期高齢者医療制度加入	加入した日	不要
⑩その他	削除の事実が発生した日	健保にお問い合わせください

<注> 当健保の被保険者証または資格確認書を必ず添付ください。
届出が遅延した場合でも、削除該当日の変更は原則ありません。

事業主	
所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
(社労士届出代行)	

受付印

【健保記入欄】

常務理事	事務長	担当者	担当者	1 決定日 年 月 日
				2 決定日 年 月 日