	常務理事	事務長	主任	担当
決裁				

ルネサス健康保険組合御中（送付先は、下記参照）

健康保険 被扶養者削除届（兼 削除通知書）

② 提出日 令和 3 年 4 月 5 日

① ※太枠内を記入してください。

③ 被保険者情報 ※枝番(-00)記入は不要です。

被保険者の記号・番号										フリガナ		ケンコウ タロウ			
記号	1	0	1	番号 (右詰め)	1	0	1	1	0	1	被保険者 氏名	健康 太郎			
事業所名 (任継・特退の方は記入不要)										連絡先					
社名					所属					日中の連絡先 電話番号					
ルネサスエレクトロニクス(株)					製造部					090-1111-2222					
従業員番号 (右詰め)		●	●	●	●	●	●	●	●	●	事業所 コード	※事業所コードは、事業所健保担当者が記入			

⑥ 申請内容

続柄	フリガナ ⑦ 被扶養者氏名	⑧ 削除の理由(該当項目にチェック)	被扶養者ではなくなった日 (又は死亡年月日)			健保組合記入欄			証 回収	
			年	月	日	年	月	日		
妻	ケンコウ ハナコ	☐ 他の人の扶養になる ☐ 失業給付受給開始 ☐ 扶養認定基準超過 ☐ その他()	☐ 死亡 ☒ 就職 ☐ 別居	平成 令和 3	4	1	平成 令和			添付 未添付 紛失
	健康 花子	☐ 他の人の扶養になる ☐ 失業給付受給開始 ☐ 扶養認定基準超過 ☐ その他()	☐ 死亡 ☐ 就職 ☐ 別居	平成 令和			平成 令和			添付 未添付 紛失
		☐ 他の人の扶養になる ☐ 失業給付受給開始 ☐ 扶養認定基準超過 ☐ その他()	☐ 死亡 ☐ 就職 ☐ 別居	平成 令和			平成 令和			添付 未添付 紛失

<注意事項>

- 国民年金第3号被保険者である配偶者を削除する場合は、健康保険への届出とは別に事業所へ「国民年金第3号被保険者関係届」の届出も必要です。詳細は事業所の年金担当者へご確認願います。
- 該当者が下記を所持されている場合は、必ず送付ください。
「健康保険被保険者証(健康保険証) 又は 資格確認書(有効期限内のもの)」
健康保険証を紛失した場合は『被保険者証紛失届』(健保 指定帳票T-102)を併せてご提出ください。
資格確認書(有効期限内のもの)を紛失した場合は『資格確認書 紛失届』(健保 指定帳票T-301)を併せてご提出ください。
- 失業給付受給開始の場合は、「雇用保険受給資格者証の写(全面)」を添付してください。
- 死亡の場合は『埋葬料・埋葬費 請求書』(健保指定帳票K-037)を併せてご提出ください。

<申請書の送付先>

加入区分	送付先 [社外郵便]
一般被保険者	社会保険労務士法人なんの木事務所[〒101-0063東京都千代田区神田淡路町2-29] ※社内便の場合:本/日立MP(OC2)(人事ソ)なんの木
任意継続、特例退職被保険者	ルネサス健康保険組合[〒187-8588 東京都小平市上水本町5-20-1]

⑩

事業所所在地	事業所名称	事業主氏名	インプット	証回収
事業所担当印				
印				

(健保組合で認定後、健保印を押印の上 返送いたします。)

上記の通り、扶養削除されましたので、通知申し上げます。

【被保険者記入・確認事項】

- ① 太枠内を正確にご記入願います。
- ② 提出年月日は必ずご記入願います。
- ③ 被保険者の記号・番号は正確にご記入願います。 ※枝番(-00)記入は不要です。
- ④ 被保険者氏名を自署願います。
- ⑤ 事業所名、連絡先(日中の連絡先 電話番号)及び従業員番号欄は、一般被保険者の方のみ記載願います。
【任意継続・特例退職被保険者の方は、連絡先(日中の連絡先 電話番号)のみ記載要】
- ⑥ 削除となる方の続柄を正確にご記入願います。(例:長男・二男・長女・二女等)
- ⑦ 削除となる方の被扶養者氏名を正確にご記入願います。
- ⑧ 削除の理由を該当項目にレ(チェック)願います。

(注) ・「その他」の場合には、カッコ内に理由をご記入願います。

・失業給付受給開始の場合は、「雇用保険受給資格者証の写(全面)」を添付願います。

・削除の理由が死亡の場合には、「埋葬料(費)請求書」(健保指定帳票K-037)を併せてご提出願います。
- ⑨ 被扶養者でなくなった日(又は死亡年月日)をご記入願います。

注 意

被扶養者から削除する方が下記を所持されている場合は添付願います。
「健康保険被保険者証(健康保険証)又は資格確認書(有効期限内のもの)」
健康保険証を紛失した場合は『被保険者証紛失届』(健保 指定帳票T-102)を、
資格確認書(有効期限内のもの)を紛失した場合は『資格確認書 紛失届』
(健保 指定帳票T-301)を併せてご提出ください。

【事業所健保担当者確認事項】

- ⑩ 事業所健保担当者は、再度記入洩れ等がないか確認の上、日付のわかる事業所担当者印を押印し、
事業主欄を記入し健保組合へご提出願います。

☆20歳以上60歳未満の配偶者で、国民年金第3号被保険者の方が死亡した場合は、
「国民年金第3号被保険者関係届」を事業主経由で日本年金機構へご提出願います。