

提出先:

従業員 . . . 管轄の総務部

任継・特退加入者 . . . シャープ健康保険組合に郵送ください。

(〒 581-8585) 大阪府八尾市北亀井町3-1-72 シャープ健康保険組合宛て

### 健康保険 被扶養者〔削除〕異動届

※インクが消えないボールペンを用いて記入してください 文字が消える場合は受理することができません  
※個人情報公表の「個人情報保護基本方針(プラハシポリシー)」に則り利用目的の範囲内で取り扱います。

総務部または健保に提出した日  
年 月 日

被 保 険 者 ( 本 人 )	記号<該当する□に✓を記入>	保険番号(氏名コード)		勤務地・所属名<任継特退は記入不要>			
	<input type="checkbox"/> 従業員(2000) <input type="checkbox"/> 特例退職(1000) <input type="checkbox"/> 任意継続(100)			勤務地( ) 所属名			
	氏 名		生 年 月 日	年 齢	性 別	単身赴任ですか	
	(フリガナ)		昭 平 令 年 月 日	歳	男 ・ 女	はい・いいえ	
現 住 所		電 話 番 号					
郵便番号( - )							
被 扶 養 者	氏 名 (楷書で分かりやすく記入)		生 年 月 日	年 齢	性 別	続 柄	
	(フリガナ)		昭 平 令 年 月 日	歳	男 ・ 女	(妻・長男など)	
	削除理由 <該当する番号に○を記入> 必要な添付書類は2ページ目を確認下さい					削除該当日*	
	1. ご逝去 2. 就職 3. 離婚:結婚 4. 給付金受給開始 5. 収入超過 6. 海外居住 7. 後期高齢医療制度 8. 国民健康保険への加入 9. 生計維持関係の変更 10. その他( )					令和	年 月 日
	手続きに必要な添付書類<該当する□に✓を記入>						
<input type="checkbox"/> 有効期限内の資格確認書(お持ちの方のみ) <input type="checkbox"/> 2ページ目を確認いただき、削除理由に応じて必要な添付書類を送付ください ※状況に応じて追加書類を求める場合があります。予めご了承ください。							
削除該日以降、診療・調剤・健診時にシャープの健康保険を使用しましたか?<該当する□に✓を記入>							
<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 使用した →→→ 削除該日以降はシャープの健康保険を使用できません。 <input type="checkbox"/> わからない →→→ シャープ健保へ請求された医療費等は後日返納いただきます。返納後新しい保険者に請求できます。							

\*削除該日とは、健康保険の資格が消滅する事実発生日(=新しい社会保険加入日)のことです。2ページ目を参照ください。

\*手続き完了後に健康保険組合より「脱退証明書」を交付します。

\*国民健康保険への加入は、「脱退証明書」を持参の上、市区町村窓口で行ってください。

\*ファミリーサポートの抹消手続きにも使用します。書類は紛失しないように管理をお願いします。

(ご参考) 配偶者を収入超過・離婚で削除する場合、第3号年金非該当届が必要です。削除手続き完了後、届出書類が総務部門より送付されます。

【従業員のみ】<事業主記入欄>		事業主 受付日		<健保記入欄>				健保 受付日	
窓口責任者	担当			常務理事	事務長	課長	担当		
資格確認書	無・有			決定削除日				令和 年 月 日	
添付書類	無・有・不要			資格確認書				無・有	
死亡年月日	・			入 力 日				・	
埋葬料請求書	無・有			証明書発送日				・	
				死亡年月日				・	
				埋葬料請求確認				無・有	
				医療機関受診確				無・有	
								担 当	

◆該当事業所に○をつけてください(発行書面返却のため)  
堺・八尾・奈良・天理・葛城・多気・亀山・広島・福山・芝浦・幕張・特選  
健保・基金・労組・事業C・米子・SIPI・SJL・SFAT・SSIC・FFT・DBI  
DBJ・SDTC・SDCC・SDS・沖縄・SFC・SESJ・SSS・SMJ・SOSS・CLI・SDMC

提出先：

従業員・・・管轄の総務部

任継・特退加入者・・・シャープ健康保険組合に郵送ください。

(〒 581-8585) 大阪府八尾市北亀井町3-1-72 シャープ健康保険組合宛て

### 健康保険 被扶養者〔削除〕異動届 - 削除理由別概要 -

◆削除理由・削除該当日・必要添付書類一覧 ※状況に応じて追加書類を求める場合があります。予めご了承ください。

削除理由	削除該当日*	添付書類
1 ご逝去	ご逝去の翌日	不要 *埋葬料請求書(No. 34)も提出ください
2 就職 ・パート・アルバイト先健康保険に加入含む  ※試用期間中で就職先の健康保険に加入していない期間は国保に加入してください	社会保険の資格取得日	就職先の資格取得日が確認できる書類  例) 資格情報のお知らせのコピー マイナポータル画面のコピー 社会保険の資格取得日が確認できる書類 など
3 離婚・結婚	離婚した日、結婚した日	受理証明書のコピー
4 給付金受給開始 〔失業保険・労災保険・傷病手当金・出産手当金等〕	受給が開始した日	雇用保険受給資格者証両面のコピー 給付金支給決定通知書のコピー など *開始日確認のため手続きに お時間いただく場合があります
5 収入超過 [収入基準・・・180万円(60歳以上または障害年金受給者) 150万円(19歳以上23歳未満・配偶者除く) 130万円(左記以外)]		
a. パート/アルバイト等	給与が収入基準を上回った月の翌月1日	1月から超えた月までの すべての月の給与明細書等のコピー (累計課税支給額記載の場合は最終月のみで可) (年末で超過の場合は源泉徴収票可)
b. 一時所得等 〔事業所得、譲渡所得、個人年金、 不動産所得、株式、仮想通貨等〕	確定申告最終月の翌月1日 または 入金日の翌月1日	入金日が確認できる書類 例) 収支内訳書のコピー / 通帳コピー
c. 扶養状況調査(検認)	健保が指定した日	不要(健保で確認済みのため)
d. 改定された年金収入が基準額超過	改定された年金額の振込月の翌月1日	年金振込通知書のコピー
6 海外居住	除票日	住民票(除票)のコピー
7 後期高齢者医療制度 (75歳到達者または65歳障害認定者)	75歳誕生日、 後期高齢者医療制度資格取得日	資格情報が確認できる書類のコピー
8 国民健康保険への加入	試用期間開始日/就職先の指定日 または 健保受付日の翌月1日	試用期間/会社指定：指定日がわかる書類 自業開始等による任意異動：不要
9 生計維持関係の変更 〔扶養異動、別居等〕	生計維持関係に変更が発生した日 または 健保受付日の翌月1日	収入逆転による扶養異動：配偶者の所得証明書 その他の扶養異動：配偶者側弁護士/健保の指示書 別居：住民票等別居開始日がわかるもの
10 その他	窓口にご相談ください	窓口にご相談ください