

# 記入例

資格情報のお知らせに  
記載あり

## 扶養者異動届(扶養終了)

※太枠線内を記入

被 保 険 者 欄	記号-番号	氏名コード	氏名	生年月日
	19-1111	KA11111	村田 太郎	1.昭和 2.平成 59年 10月 10日
	会社コード	所属コード	現住所 ※申請時点でお住まいの住所	☎昼間連絡可能な番号
	KMM能美	KA〇〇	石川県金沢市〇〇〇	251-0000

●事業所が複数ある会社は、会社コードと事業所名を  
記入  
(MMC八日市 EKO長岡 FMC武生 TMM郡山)

今 回 扶 養 か ら 外 す 家 族 欄	氏名	続柄	資格確認書	扶養終了年月日
	(フリガナ) ムラタ ハナコ	妻	1.返却 2.減失 3.なし	令和 7年 12月 1日
	村田 花子			
	氏名	続柄	資格確認書	
	(フリガナ)		1.返却 2.減失 3.なし	
	氏名	続柄	資格確認書	
	(フリガナ)		1.返却 2.減失 3.なし	

扶養終了年月日

- 1.就職：就職日
- 2.年金収入超過：年金改定日
- 3.給与収入超過：超過の見込がたった日（不明な場合は健保組合までお問い合わせください）
- 4.別居：別居日
- 5.結婚：婚姻日
- 6.離婚：離婚日
- 7.死亡：死亡日の翌日
- 8.扶養異動：他の健康保険の扶養認定日または

扶養終了理由に☑し、その理由に応じて書類を添付

添 付 書 類 の 確 認 欄	扶養終了の理由（該当するものに☑）	添付書類（理由に応じて書類を準備し☑）
	<input checked="" type="checkbox"/> 1) 勤務先で健康保険に加入	扶養終了の理由に応じて、 <b>必要書類を添付</b> のうえ、ご自身 で☑してください。
	<input checked="" type="checkbox"/> A) 就職と同時に加入 <input type="checkbox"/> B) 勤務時間数の増加や契約期間の延長により加入	
	<input type="checkbox"/> 2) 離婚	☑ 資格情報のお知らせの写し ※扶養異動先の家族が 村田健保加入者の場合 ↓ 氏名コード：
	<input type="checkbox"/> 3) 死亡	
	<input type="checkbox"/> 4) 扶養異動(他の家族へ扶養の付け替え)	
<input type="checkbox"/> A) 相手の健康保険に扶養追加済み <input type="checkbox"/> B) 相手の健康保険にまだ扶養追加していない	☑ 直近の年金改定通知書または振込通知書の写し	
<input type="checkbox"/> ア) 別居により扶養異動する <input type="checkbox"/> イ) 夫婦共同扶養で配偶者の収入が高くなった <input type="checkbox"/> ウ) その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 5) 収入増加		
<input type="checkbox"/> A) 年金収入の増加 <input type="checkbox"/> B) 給与収入の増加 ※健康保険に加入する場合は1)を選択	☑ 収入超過した年の源泉徴収票の写し ☑ 雇用契約書・労働条件通知書・雇入通知書 等の写し	
<input type="checkbox"/> ア) すでに超過した <input type="checkbox"/> イ) これから超過する見込み(就職・契約変更) <input type="checkbox"/> ウ) その他（ ）		
<input type="checkbox"/> 6) その他 ( )		
	健康保険組合まで 問合せください	