

■提出先 : MMC本社 HRサービス課 社会保険担当宛  
 ■提出期限 : 事由発生から5日以内  
 (添付書類の入手に時間がかかる場合は、入手次第速やかにご提出ください)

村田製作所健康保険組合(MKK)				
常務理事	事務長	確認		受付

## 健康保険 被扶養者異動届(扶養終了)

※太枠線内を記入してください

被 保 険 者 欄	記号-番号	氏名コード	氏名 ※自署の場合、捺印不要	生年月日
	—		⑩	1.昭和 2.平成 年 月 日
	会社コード	所属コード	現住所	☎昼間連絡可能な番号

今 回 扶 養 か ら 外 す 家 族 欄	氏名	続柄	保険証
	(フリガナ)		① 返却 ② 滅失
	1		
	氏名	続柄	保険証
	(フリガナ)		① 返却 ② 滅失
2			
氏名	続柄	保険証	
(フリガナ)		① 返却 ② 滅失	
3			
扶養終了年月日		被扶養者削除証明書	
1.平成 年 月 日 2.令和 年 月 日		必要・不要	

健 保 証 入 欄	扶養削除日	証回収
	平成 令和 年 月 日	

扶養からはずす家族の保険証の返却は必須です！必ずこの用紙に添付してください。  
 紛失により添付できない場合は「健康保険被保険者証 滅失届(健保HPより入手)」を併せて提出してください。

国民健康保険等加入の際に必要な書類です  
 必要に○されている場合は、被保険者(従業員本人)の所属部署宛に、「被扶養者削除証明書」を送付します。

↓ 扶養終了理由に☑し、その理由に応じて書類を準備して添付してください。

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 type="checkbox"/> 1) 勤務先で健康保険に加入	
	<input type="checkbox"/> A) 勤務時間数の増加や契約期間の延長により加入	→ <input type="checkbox"/> 就職先の保険証の写し
	<input type="checkbox"/> B) 就職と同時に加入	※就職日以降は村田健保の保険証を使用できませんのでご注意ください！
	<input type="checkbox"/> ア) 就職前に雇用保険失業給付を受給していない	→ <input type="checkbox"/> 就職先の保険証の写し(または雇用保険被保険者証の写し)
	<input type="checkbox"/> イ) 就職前に雇用保険失業給付を受給した	<input type="checkbox"/> 就職先の保険証の写し <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の全ページの写し
	<input type="checkbox"/> 2) 雇用保険 失業給付の受給開始	→ <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の全ページの写し
	<input type="checkbox"/> 3) 収入増加	
	<input type="checkbox"/> A) 年金収入の増加	→ <input type="checkbox"/> 直近の年金改定通知書または振込通知書の写し
	<input type="checkbox"/> B) 給与収入が基準を超えてしまった(または超える見込)	
<input type="checkbox"/> ア) 1年以内に働きたした	→ <input type="checkbox"/> 雇用契約書の写し + 働き始めから直近までの給与明細の写し	
<input type="checkbox"/> イ) 1年以上前から働いている	→ <input type="checkbox"/> 前年の源泉徴収票の写し + 給与明細の写し(本年分すべて)	
<input type="checkbox"/> 4) 離婚	→ <input type="checkbox"/> 離婚日がわかる書類	
<input type="checkbox"/> 5) 死亡	→ <input type="checkbox"/> 「埋葬料(費)支給申請書」と併せてご提出ください	
<input type="checkbox"/> 6) 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"/> 新しい健康保険証の写し	
<input type="checkbox"/> B) 相手の健康保険にまだ扶養追加していない	健康保険組合まで 問合せください	
<input type="checkbox"/> 7) その他		
		※扶養異動先の家族が 村田健保加入者の場合 ↓ 氏名コード:

※個人情報の保護について : この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

受付日付印

事 業 主 欄	事業所所在地	担当者印
	事業所名称 事業主氏名	
	⑩	添付確認済