

記入例

■提出ルート：本人 → MMC本社 フィールドセンタHRサービス課 →MKK

ご自身の保険証で
確認できます。

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
	19-1111	KA11111	村田 太郎 村田	59年 10月 10日 1.昭和 2.平成
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 など)

シヤチハタ可
自署の場合は捺印不要

今 回 扶 養 か ら 外 す 家 族 欄	氏名	続柄	保険証	扶養終了年月日
	1 (フリガナ) ムラタ ハナコ 村田 花子	妻	① 返却 ② 滅失	
	2 (フリガナ) 氏名	続柄	① 返却 ② 滅失	
	3 (フリガナ) 氏名	続柄	① 返却 ② 滅失	
扶養終了年月日			被扶養者削除証明書	10. 後期高齢者医療制度に加入: 加入日
1 平成 2. 令和 1年 11月 1日			必要・不要	

扶養終了年月日

1. 就職: 就職日
2. 失業給付の受給開始: 受給開始日
3. 年金収入超過: 年金改定日
4. 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)
5. 別居: 別居日
6. 結婚: 婚姻日
7. 離婚: 離婚日
8. 死亡: 死亡日の翌日
9. 扶養異動: 他の健康保険の扶養認定日または異動届受付日
10. 後期高齢者医療制度に加入: 加入日

↓ 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てください)
	<input checked="" 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
	<input checked="" type="checkbox"/> B) 就職と同時に加入	※就職日以降
	<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 checked="" type="checkbox"/> イ) 就職前に雇用保険失業給付を受給した	<input checked="" type="checkbox"/> 就職先の保険証の写し <input checked="" 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"/> 戸籍 もしくは 離婚受理証明書	
<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		

扶養終了の理由に応じて、
必要書類を添付のうえ、ご自身で
してください。

※扶養異動先の家族が
村田健保加入者の場合
↓
氏名コード: