

# 健康保険被扶養者異動届

〈記入例〉(退職)

豊日 記号・番号は、ご自身の保険証に記載してありますのでご確認の上、ご記入ください。				提出日	2019年5月1日
被保険者欄	保険証の記号番号	記号	1	番号	12345
	申請者氏名	健保太郎			
	住所電話番号	〒123-4567		愛知県 都道府県	宝町1-2
	自宅TEL	(0566)	21	-	1234
	携帯TEL	(090)	1234	-	5678
	職場TEL	(0566)	21	-	5678
	内線TEL	70	-	1234	
会社名	株式会社豊田自動織機		所属	刈谷工場 ○○部○○課	
	資格取得日	H18年4月1日			

以下は、今回申請される方のみご記入ください。

被扶養者欄	増減区分	<input checked="" type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	(フリガナ) 氏名(氏)	(フリガナ) 氏名(名)	続柄	妻	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	扶養し始めた日または扶養しなくなった日とその理由
			健保	花子					平成 令和 1年5月1日 理由[ 退職 ]
	住所区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	※別居の方のみご記入ください		別居状況	[住所] 〒 - 都道府県		[仕送額]	円/月 注)6万円以上の仕送りが必要となります
	海外在住者	「国内居住要件」を満たしていることが扶養加入条件となります。健保ホームページをご覧ください。右記チェックをお願いします。		※海外在住者のみご記入ください		国内居住要件を満たしている		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	医療助成	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [障がい者・ひとり親家庭医療・その他( )]		※「有」の方は別途届出が必要ですので、必要書類をご確認ください。					
個人番号(マイナンバー)	記入不要		喪失証明書の要否		※扶養されなくなった方のうち、必要な方のみ□にチェックをしていただき、必要理由をご記入ください。ご不明な方は、今後加入される保険組合・協会にお問合せください。 <input type="checkbox"/> 必要 理由[ 国民健康保険加入・扶養異動・その他( ) ]				

被扶養者欄	増減区分	<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	(フリガナ) 氏名(氏)	(フリガナ) 氏名(名)	続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	扶養し始めた日または扶養しなくなった日とその理由
									平成 令和 年 月 日 理由[ ]
	住所区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	※別居の方のみご記入ください		別居状況	[住所] 〒 - 都道府県		[仕送額]	円/月 注)6万円以上の仕送りが必要となります
	海外在住者	「国内居住要件」を満たしていることが扶養加入条件となります。健保ホームページをご覧ください。右記チェックをお願いします。		※海外在住者のみご記入ください		国内居住要件を満たしている		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	医療助成	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [障がい者・ひとり親家庭医療・その他( )]		※「有」の方は別途届出が必要ですので、必要書類をご確認ください。					
個人番号(マイナンバー)	記入不要		喪失証明書の要否		※扶養されなくなった方のうち、必要な方のみ□にチェックをしていただき、必要理由をご記入ください。ご不明な方は、今後加入される保険組合・協会にお問合せください。 <input type="checkbox"/> 必要 理由[ 国民健康保険加入・扶養異動・その他( ) ]				

被扶養者欄	増減区分	<input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	(フリガナ) 氏名(氏)	(フリガナ) 氏名(名)	続柄		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	扶養し始めた日または扶養しなくなった日とその理由
									平成 令和 年 月 日 理由[ ]
	住所区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	※別居の方のみご記入ください		別居状況	[住所] 〒 - 都道府県		[仕送額]	円/月 注)6万円以上の仕送りが必要となります
	海外在住者	「国内居住要件」を満たしていることが扶養加入条件となります。健保ホームページをご覧ください。右記チェックをお願いします。		※海外在住者のみご記入ください		国内居住要件を満たしている		<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
	医療助成	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [障がい者・ひとり親家庭医療・その他( )]		※「有」の方は別途届出が必要ですので、必要書類をご確認ください。					
個人番号(マイナンバー)	記入不要		喪失証明書の要否		※扶養されなくなった方のうち、必要な方のみ□にチェックをしていただき、必要理由をご記入ください。ご不明な方は、今後加入される保険組合・協会にお問合せください。 <input type="checkbox"/> 必要 理由[ 国民健康保険加入・扶養異動・その他( ) ]				

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

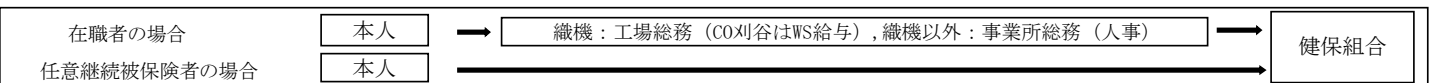
所在地 事業所名称 代表者氏名 (織機の各工場は総務部(室)長・GM)

事業主(総務または人事)の方が記入してください

年 月 日

1. 注意事項 データ入力またはボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。

2. 提出ルート



3. 個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

お問い合わせ先：〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ TEL0566-21-7784 (内線70-4611)

健保記入欄	決裁	事務長	GM	担当	本人受取(確認欄)	健保者チェック欄	健保受付印	総務受付印
					従業員証・保険証 免許証・その他 ( )	I. マイナンバー ①入力完了 ②既済 ③提出依頼 II. 源泉徴収票コピー ①妻 ②夫 ③( )		
	認定日	削除日		代理人受取(確認欄)	①妻 ②夫 ③( )	III. 給明ア. 月イ. 月ウ. 月		
	年 月 日	年 月 日		従業員証・保険証 免許証・その他 ( )	①妻 ②夫 ③( )	IV. 送金証明書 月~ 月	VI. 水道光熱費支払証明書	IV. 雇用保険 ①雇受 ②雇延 ③現況記入
否認定理由( )								