

健康保険被扶養者異動届(削除用)

稼働日【記入例:死亡したとき】

丁寧な字でご記入ください。

在職者の場合 任意継続被扶養者の場合	提出先 織機 : 工場総務(本社機能・出向者はWS給与) 織機以外 : 事業所健保窓口	健保組合
-----------------------	---	------

ボールペンで丁寧な字で記入し、書き損じた場合は訂正箇所には訂正印を押してください。データ入力の場合は、正確に入力してください。

記号・番号は、マイナポータルでの健康保険証または資格確認書などを確認の上、ご記入ください。

提出日 2025年12月16日

被保険者(従業員)欄	記号番号 記号 1 番号 12345	氏名 健保 太郎
現住所 電話番号	〒 4 6 8 - 0 4 1 3 住所は住民票の届出どおり記入をお願いします(番地、マンション名等の数字やハイフン等)。 愛知 都道府県 刈谷市熊野町111番地22 ☑上記住所は住民票住所と同じである	携帯電話(080) 9876 - 3900 自宅電話(0566) 88 - 9999 7777 内線 70 - 4444 内線 -
会社名	株式会社豊田自動織機	所属 刈谷工場〇〇部〇〇G

以下は、今回申請される方のみご記入ください。裏面をご確認のうえ申請してください。

氏名(フリガナ)	ケンポ	タケル	続柄 ※長男等	性別
氏名(氏)	健保	健	父	☑男 □女
生年月日			昭和 ☑ 平成 □ 令和 □	
			26年 2月 12日	

1.申請家族を削除する理由にチェックし、扶養削除する日を記入

理由	扶養削除する日
<input type="checkbox"/> 就職	就職日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 収入オーバー	基準を超えたことが確定した日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 失業保険の受給開始	受給開始日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 扶養の異動	扶養になる(なった)日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 離婚	離婚日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 結婚	入籍日 (令和 年 月 日)
<input checked="" type="checkbox"/> 死亡	死亡日翌日 (令和 7年 12月 13日)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入	加入日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> その他()	事由が発生した日 (令和 年 月 日)

2.削除する被扶養者(申請家族)の「資格確認書」を添付 ※対象の方(マイナ保険証未登録など)でお持ちの方のみ添付

「資格確認書」を紛失し、返却できない場合は、下記の「紛失届」をご記入ください。

紛失届

紛失理由 (自宅を探したが見つからないため。)

上記のとおり、資格確認書を紛失しましたのでお届けいたします。以後発見した場合は速やかに返却いたします。なお、第三者等が資格確認書を使用した際の医療費、その他の損害については、私が責任を負うことを誓約いたします。

被保険者氏名 健保 太郎

健保

3.資格喪失証明書

資格喪失証明書の発行を → ☑ 希望する

希望する場合は、「希望する」にチェックを入れてください。
就職先で健康保険に加入される場合は不要です。
収入超過により「国民健康保険」に加入される方は必要です。

健保発行チェック

1.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する場合がございます。

詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy> をご覧ください。

2.お問合せ先

豊田自動織機健康保険組合 医療保険G 電話:0566-21-7784
内線:70-4611

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所
所在地
名称
代表者氏名

年 月 日

上記提出先で押印が必要です。

[織機の各工場は総務部(室)長・GM]

健保決済	事務長	GM	担当	健保チェック欄		健保受付印	総務受付印
				I. 添付依頼 □ 資格確認書			
				II. 備考()			
				削除日	令和 年 月 日		