

丁寧な字でご記入ください。

健康保険被扶養者異動届(加入用)

【記入例：子どもが生まれたとき】

提出ルート

在職者の場合

必ず提出先を確認してください。

提出先

組織機：工場総務(本社機能・出向者はWS給与)

組織機以外：事業所健保窓口

健保組合

任意継続被保険者の場合

本人

記号・番号は、マイナポータル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 2024年12月16日

被保険者(従業員)欄: 記号番号 1, 番号 12345, 氏名 健保太郎, 現住所電話番号, 会社名 株式会社豊田自動織機, 所属 刈谷工場○○部○○G, 資格取得日 2016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。今後下記内容に変更が生じた場合には必ず健康保険組合に連絡してください。

氏名(氏) ケンボ 健保, 姓 ハナ 葉菜, 性別 女, 生年月日 6年12月13日, 住所区分 同居, 出生日を記入してください。

▼下記は被扶養者(申請家族)が18歳未満で無収入の場合(4)(6)(7)のみ記入し、裏面をご確認のうえ申請してください。

被扶養者(申請家族)加入申請欄: (1)異動年月日時点の収入, (2)直近の職歴, (3)現在・直近で加入していた健康保険について, (4)医療助成について, (7)添付書類チェック

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。

事業主証明欄: 上記のとおり相違ないことを証明します。事業主(総務または人事)の方が記入・捺印してください。

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, 認定日, マイナ保険証, 登録, 発行, 不認定理由