健康保険被扶養者異動届(加入用)

稼働【記入例:退職したとき】

丁寧な字でご記入ください。

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 : 工場総務(本社機能・出向者はWS給与)
組織以外 : 事業所健保窓口

任意継続被保険者の場合

本人

健保組合

記号・番号は、マイナポータル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1月6日

被保険者(従業員)欄: 記号番号 1, 番号 12345, 氏名 健保太郎, 住所 愛知, 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, 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) 健保 花子, 性別 女, 生年月日 令和7年12月11日, 退職理由 退職, 住所区分 同居

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, (7)添付書類チェック

1.個人情報について 必ずチェックしてください。
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

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, 登録あり・なし, 発行お知らせ・資格確認書

健康保険被扶養者異動届(加入用)

【記入例:収入が減ったとき】

丁寧な字でご記入ください。

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 2025年1月6日

被保険者(従業員)欄	記号番号	記号	番号	氏名	資格取得日										
	1		12345	健保 太郎	2016年4月1日										
現住所電話番号	〒	4	6	8	-	0	4	1	3	携帯電話()	080	9876	-	3900	9999
	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 都府 資格取得日は、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。														
	☑上記住所は住民票住所と同じである														
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			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)	ケンポ 健保	氏名(名)	ハナコ 花子	続柄	※長男等妻	性別	☐ 男 ☒ 女	異動年月日(扶養し始めた日)とその理由	平成 7年1月1日 令和 7年12月11日 理由 収入減	
住所区分	☒ 同居 ☐ 別居	別居状況	別居の場合のみご記入ください。[現住所] 別居の住所は住民票住所と同じである						退職日翌日から加入可能 例:退職日が令和6年12月31日の場合	
▼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、										
(1)異動年月日時点の収入⇒「あり」は詳細を記入					(2)直近の職歴					
＜給料＞ ☒ あり ☐ なし ☐ 正社員 ☒ パート・アルバイト ☐ その他() 65,000円/月 780,000円/年間 勤務先名: ケンコー					☐ 過去数年、職歴なし ☒ 2年前～本年までに職歴あり ①～③を記入 ①退職(予定)日 令和6年12月31日 ②勤務先名(カリヤマーケット) ③失業保険 ☐ 受給資格なし⇒理由()					
＜給料外収入＞ ☒ あり ⇒ (80,000)円/年間 ☐ なし ☐ 自営業 ☐ 不動産 ☒ 株配当 ☐ その他()					☐ 申請予定 ☐ 申請中 ☐ 受給中(※1に必ず記入) ☐ 受給終了⇒受給終了日 令和 年 月 日 ☐ 受給延長⇒申請予定日 令和 年 月 日 ☒ 受給資格はあるが申請しない⇒理由(転職したため) 注)変更があった場合、必ず健康保険組合に連絡してください。					
＜年金＞ 注)個人年金含む ☐ あり ☒ なし ①老齢年金 ()円/年間 ②遺族年金 ()円/年間 ③障害年金 ()円/年間 ④企業年金 ()円/年間 ⑤その他 注)複数の場合は合算金額 ()円/年間 合計 (0)円/年間					(3)現在・直近で加入していた健康保険について ☐ 国民健康保険 ☐ 任意継続保険 ☐ 無保険 ☒ 社会保険 (⇒ ☐ 織機健保 ☒ 織機健保以外)					
＜給付金/手当金＞ 注)受給予定を含む ☐ あり(下記受給日額も必ず記入) ☒ なし ☐ 出産手当金(出産日 令和 年 月 日) ☐ 傷病手当金(受給終了日 令和 年 月 日) ☐ 失業 年間総収入(見込み)をご記入ください。 受 例:給料収入 780,000円/年間+株配当収入 80,000円/年間					(4)医療助成について 注)「あり」の方は別途届出が必要ですので、裏面「II. 医療助成を受けている方」の「提出書類」をご確認ください。 ☐ あり ⇒ ☐ 障がい者 ☐ ひとり親 ☒ なし ☐ その他()					
＜申請家族の年間総収入(上記収入) 必ずチェックしてください。 860,000)円/年間 注)無収入の場合は0と記入					(5)申請家族の配偶者について 注)配偶者の申請時は記入不要 ☐ あり ☐ 未婚 ☐ 離別 ☐ なし ⇒ ☐ 死別 死亡日()					
(7)添付書類チェック ☒ 添付の住民票は世帯全員分であり、続柄と個人番号(マイナンバー)を記載した原本である					(6)扶養家族が海外に居住の場合 注)該当の方は「海外居住理由」を記載し、扶養家族が海外居住でない場合は、記入不要です。 居住開始日()					

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 年 月 日
事業主(総務または人事)の方が記入・捺印してください。

[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. 個人番号 ☐ ①入力完了 ☐ ②既済 ☐ ③依頼			
				II. 源泉徴収票コピー / ☐ 所得証明書 ☐ ①配偶者 ☐ ②()			
				III. 住民票 ☐ ①個人番号無 ☐ ②()			
認定日		マイナ保険証		IV. 給明ア. 月 イ. 月 ウ. 月 / ☐ ①配偶者 ☐ ②()			
年 月 日		登録	あり・なし	V. ☐ 水道 ☐ 電気 ☐ ガス VI. ☐ 送金証明書 月～ 月 VII. ☐ 現況届不備()			
		発行	お知らせ・資格確認書	VIII. 雇用保険 ☐ ①雇受 ☐ ②雇延 ☐ ③法第4条依頼 IX. ☐ 退職証明書 ☐ 喪失(削除)証明書			
		□不認定理由()					