丁寧な字で記入してください。

健康保険被扶養者異動届

【記入例：死亡】

提出ルート

在職者の場合	本人 →	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
任意継続被保険者の場合	本人 →			

豊田自動織機　記号・番号は、ご自身の保険証に記載してありますので、確認のうえご記入ください。

提出日　2023 年 10 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		
	現住所 電話番号	〒	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　刈谷市宝町1丁目2番地 ☑ 上記住所は住民票住所と同じである。		内線 88 - 9999		
	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	2020 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。申請する被扶養者が海外在住者の場合は、申請前に健康保険組合へご連絡ください。

加入申請時の添付書類チェック欄　☐ 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

死亡日の翌日を記入。

被扶養者欄	増減区分	☐増加 ☑減少	氏名	(フリガナ) ケンポ　(フリガナ) ハナコ (氏) 健保　(名) 花子	続柄 ※長男 母	性別 ☐男 ☑女	扶養し始めた日とその理由
					生年月日	☑昭和 ☐平成 ☐令和 23 年 10 月 7 日	☐平成 ☑令和 5 年 9 月 29 日 理由［死亡］
	住所区分	☑同居 ☐別居	別居状況	※別居の方のみご記入ください。[現住所] 〒 ☐ 上記住所は住民票住所と同じである。			
				[仕送額] 注）別居の場合、ひとり6万円以上/月の仕送りが必要となります　円/月			
	医療助成	※扶養を追加される方のみ記入。「有」の方は別途届出が必要ですので、裏面「Ⅲ. 医療助成を受けている方の<提出書類>」をご確認ください。 ☐ 無　☐ 有［　☐ 障がい者　☐ ひとり親家庭等医療　☐ その他（　）］					
	喪失（削除）証明書の要否	※扶養を削除される方のみ記入。必要な方のみ☐にチェックをしていただき、必要な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・協会等にお問合せください。国民健康保険加入の場合は必要です。 ☑ 必要　理由［　☐ 国民健康保険に加入　☐ 扶養異動　☑ その他（市役所手続きで必要なため）］					

扶養しなくなった方の当健保組合の**保険証（原本）を一緒にご提出ください。**
※高齢受給者証や限度額適用認定証をお持ちの方は、一緒にご提出ください。

記入不要

被扶養者欄	増減区分	☐増加 ☐減少	氏名	(フリガナ)　(フリガナ) (氏)　(名)	続柄 ※長男	性別 ☐男 ☐女	扶養し始めた日とその理由
					生年月日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐平成 ☐令和 年 月 日 理由［　］
	住所区分	☐同居 ☐別居	別居状況	※別居の方のみご記入ください。[現住所] 〒 - 電話（　）　ー 都道府県 ☐ 上記住所は住民票住所と同じである。			
				[仕送額] 注）別居の場合、ひとり6万円以上/月の仕送りが必要となります　円/月			
	医療助成	※扶養を追加される方のみ記入。「有」の方は別途届出が必要ですので、裏面「Ⅲ. 医療助成を受けている方の<提出書類>」をご確認ください。 ☐ 無　☐ 有［　☐ 障がい者　☐ ひとり親家庭等医療　☐ その他（　）］					
	喪失（削除）証明書の要否	※扶養を削除される方のみ記入。必要な方のみ☐にチェックをしていただき、必要な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・協会等にお問合せください。国民健康保険加入の場合は必要です。 ☐ 必要　理由［　☐ 国民健康保険に加入　☐ 扶養異動　☐ その他（　）］					

1.注意事項
ボールペンで記入し、書き損じた場合は訂正箇所に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。

2.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。
年　月　日
事業所所在地
名称
代表者氏名
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］

3.お問合せ先　〒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G**　電話：**0566-21-7784**　内線：**70-4611**

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	削除日		Ⅳ. 給明 ア. 月 イ. 月 ウ. 月 / ☐①配偶者 ☐②（　）		
	年 月 日	年 月 日		Ⅴ. ☐水道 ☐電気 ☐ガス　Ⅵ. ☐送金証明書 月 ～ 月　Ⅶ. ☐現況届不備（　）		
				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		
	☐否認定 理由（　）					

（ver.1.11　R5.8.12）