

# 健康保険被扶養者異動届

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

被保険者欄	保険証の記号番号	記号	番号	申請者氏名			
	住所電話番号	〒	-	都道府県		自宅TEL ( ) - 携帯TEL ( ) - 職場TEL ( ) - 内線TEL -	
	会社名	所属		資格取得日	年 月 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 type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少	氏名(氏)	(フリガナ)	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
	住所区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居状況	(住所)	〒	-	都道府県	[電話番号] TEL ( ) - [仕送額] 円/月 注)6万円以上の仕送りが必要となります
	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	氏名(氏)	(フリガナ)	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
	住所区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居状況	(住所)	〒	-	都道府県	[電話番号] TEL ( ) - [仕送額] 円/月 注)6万円以上の仕送りが必要となります
	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	氏名(氏)	(フリガナ)	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
	住所区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居状況	(住所)	〒	-	都道府県	[電話番号] TEL ( ) - [仕送額] 円/月 注)6万円以上の仕送りが必要となります
	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( )]			

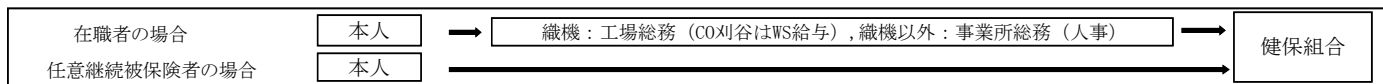
事業主証明欄

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)

年 月 日

- 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箇所( )に訂正印を押してください。
- 提出ルート



- 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: 千448-0847 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) 従業員証・保険証 免許証・その他 ( ) 代理人受取(確認欄) 従業員証・保険証 免許証・その他 ( )	健保チェック欄 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( )	健保受付印	総務受付印
	認定日	削除日		Ⅲ. 給明ア. 月イ. 月ウ. 月 ①妻 ②夫 ③( )		Ⅵ. 水道光熱費支払証明書		
	年 月 日	年 月 日		Ⅳ. 送金証明書 月~ 月		Ⅳ. 雇用保険 ①雇受 ②雇延 ③現況記入		
	否認定理由( )							