

健康保険被扶養者異動届(削除用)

【記入例:後期高齢者医療制度
に加入するとき】

丁寧な字でご記入ください。

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
組織機以外 : 事業所健保窓

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	記号	1	番号	12345	氏名	健保 太郎														
	〒	4	6	8	-	0	4	1	3	携帯電話(	080	)	9876	-	3900	9999	7777	内線	70	-	4444
	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 熊野町 1-1-1 番地 00																			
	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。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	(フリガナ)	ハナ	続柄	※長男等	母	性別	☐ 男 ☒ 女
	(氏)	健保	(名)	花	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	24 年 12 月 15 日		
住所 区分	☒ 同居 ☐ 別居	※別居の方 〒	別居の場合のみご記入ください。 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)。 ※離婚などで被扶養者の住所が不明な場合は省略可能。						

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

被扶養者 (申請家族) 削除申請欄	理 由	扶養削除する日
	☐ 就職	就職日 (令和 年 月 日)
	☐ 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)
	☐ 失業保険の受給開始	受給開始日 (令和 年 月 日)
	☐ 扶養の異動	扶養になる(なった)日 (令和 年 月 日)
	☐ 離婚	離婚日 (令和 年 月 日)
	☐ 結婚	入籍日 (令和 年 月 日)
	☐ 死亡	死亡日翌日 (令和 年 月 日)
☒ 後期高齢者医療制度に加入	加入日 (令和 6 年 12 月 15 日)	
☐ 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「保険証」、「資格確認書」、「高齢受給者証」を添付(※複数お持ちの方は全て添付)

「保険証」、「資格確認書」、「高齢受給者証」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

(1)紛失したもの ☒ 保険証 ☐ 資格確認書 ☒ 高齢受給者証

(2)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、(1)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(1)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 → ☒ 希望する資格喪失証明書は、次の健康保険に加入する際に必要な書類です。
希望する場合は、「希望する」にチェックを入れてください。

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

[組織機の各工場は総務部(室)長・GM]

年 月 日

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 ☐ 保険証 ☐ 資格確認書 ☐ 高齢			
				II. 備考()			
				削除日	令和 年 月 日		