

健康保険被扶養者異動届（削除用）

2020.6改定

◇提出先 トヨタ車体・研究所の方・・・LSCオフィスサポート事業室
 上記以外の方 ……事業所担当部署（人事または総務）

太枠内はすべて黒のボールペンで記入してください。

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 証			生年月日	提出日	年	月	日
	記号	番号		〒	昭 和 平 成	年	月	日
	フリガナ	自署時不要		現住所				
	氏名	⑩		電話番号（日中の連絡先）	（ ） -			
				部署名				

被 扶 養 者 ①	フリガナ	続柄	性別	生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	異動年月日	令和	年	月	日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	健保処理欄

被 扶 養 者 ②	フリガナ	続柄	性別	生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	異動年月日	令和	年	月	日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	健保処理欄

被 扶 養 者 ③	フリガナ	続柄	性別	生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	異動年月日	令和	年	月	日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	健保処理欄

被 扶 養 者 ④	フリガナ	続柄	性別	生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	異動年月日	令和	年	月	日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	健保処理欄

使わなくなりました保険証カードは、裏面にセロハンテープ等で貼付けしてください。

返却日	トヨタ車体健保受付印
証明書	

事 業 主 証 明 欄	年	月	日
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主（代理人）	⑩	
氏名			

トヨタ車体健康保険組合決裁欄			
担当	G長	事務長	常務理事

異動届（削除用）保険証カード返却用貼付け台紙

ここに保険証を
セロテープ等で貼付けしてください
被扶養者①

ここに保険証を
セロテープ等で貼付けしてください
被扶養者②

ここに保険証を
セロテープ等で貼付けしてください
被扶養者③

ここに保険証を
セロテープ等で貼付けしてください
被扶養者④