

## 健康保険被扶養者異動届（削除用）

既に認定されている被扶養者が就職、別居、死亡などで減った場合は、5日以内にこの届出と使わなくなった保険証を裏面に貼り付けし、事業主（会社）を通じて健保組合へ提出してください。

※ご記入いただきました扶養者情報は、事業主と共有します。

被 保 険 者 欄	被 保 険 者 証		電話番号（日中連絡がとれる番号をご記入ください）	
	記号・番号	—		
	氏 名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月
現住所	〒 —			

被 扶 養 者 ①	氏 名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	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	

被 扶 養 者 ②	氏 名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	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	

被 扶 養 者 ③	氏 名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	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	

被 扶 養 者 ④	氏 名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	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	

◇提出先 トヨタ車体（株）の方・・・ポジティブ（人事システム）入力のため提出不要（保険証はLSCに必ずご返却ください）

トヨタ車体研究所の方・・・LSC事務サポート事業室 →トヨタ車体健康保険組合

その他事業所の方・・・事業所担当部署（人事または総務）→トヨタ車体健康保険組合

任意継続の方・・・トヨタ車体健康保険組合

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

社会保険労務士記載欄

2023年7月改定

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