

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	12 — 80000	〇〇〇-△△△△-××××	
	氏 名	健保 太郎		
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 47 年 7 月 15 日	健康保険証に記載されている ものをご記入ください	
	現住所	〒 〇〇〇 - △△△△ 愛知県刈谷市〇〇〇〇△△△△××××		

被 扶 養 者 ①	氏 名	健保 花子				
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 45 年 12 月 24 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	妻
	異動事由	<input checked="" 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 5 年 7 月 4 日	削除証明書	<input checked="" 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 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄	

被扶養者の「削除証明書」が必要な場合は、要を選択

該当する年号を選択、異動年月日をご記入ください。

- ・被扶養者の就職の場合は「理由 = 就職、異動年月日 = 資格取得日」
- ・収入増の場合は「理由 = 収入増と、社保が国保加入のいずれか選択、異動年月日 = 事由発生日」
- ・失業給付開始の場合は「理由 = 失業給付開始、異動年月日 = 給付の開始日」
- ・離婚の場合は「理由 = 離婚、異動年月日 = 離婚日」
- ・死亡の場合は「理由 = 死亡、異動年月日 = 逝去日の翌日」
- ・その他の理由の場合は「理由 = （ ） 内に記入し、異動年月日 = 事由発生日」

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 年 月 日	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