

健康保険被扶養者異動届（加入用）

ご家族が加入するためには、裏面の基準を確認いただき、必要な資料を添付し、5日以内に事業主（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。

※続柄は、子と記入せず、長男、二女、養子 など具体的に記入してください。

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		
現住所	〒 〇〇〇 - △△△△ 愛知県刈谷市〇〇〇〇△△△△××××			

健康保険証に記載されているものをご記入ください

被 扶 養 者 ①	フリガナ 氏 名	ケンポ ハナコ 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 type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	異動年月日	令和 5 年 7 月 4 日			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居（別居の際住所記入）			
医療助成 について	<input checked="" type="checkbox"/> あり → <input checked="" type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他 ありの際、医療受給者証のコピーを添付してください				

・扶養する方の出生の場合は「理由＝出生、異動年月日＝出生日」
・退職の場合は「理由＝退職、異動年月日＝退職日の翌日」
・収入減少の場合は「理由＝収入減少、異動年月日＝事由発生日」
・結婚の場合は「理由＝結婚、異動年月日＝婚姻日」
・失業給付終了の場合は「理由＝失業給付終了、異動年月日＝給付終了の翌日」
・扶養する方の変更の場合は「理由＝扶養異動、異動年月日＝事由発生日」
・被保険者の資格取得に伴う場合は「理由＝入社、異動年月日＝取得日」
・その他の理由の場合は「理由＝（ ）内に詳しく記入し、異動年月日＝事由発生日」

被 扶 養 者 ②	フリガナ 氏 名	3名以上加入する場合は、もう一枚追加でご提出ください			
	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"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減少 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 失業給付終了 <input type="checkbox"/> 扶養異動 <input type="checkbox"/> 入社 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	異動年月日	令和 年 月 日			
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 〒 - <input type="checkbox"/> 別居（別居の際住所記入）			
医療助成 について	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし ありの際、医療受給者証のコピーを添付してください				

申請に必要な証明書類を裏面でご確認いただき、全てまとめて提出してください。

◇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

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

裏面解説もご確認ください。