

入力	常務理事	事務長	係

申請日：令和 年 月 日

下記の申請に偽りが無いことを証明します

GL・課長	連絡先の電話番号

健康保険被扶養者異動(脱退)届 B

I 申請者(被保険者)について

①ボールペンを使用し、②太枠内を全て記入し、③修正箇所には必ず押印ください。 ④右上の部門長欄に承認決裁印をお願いします。
★申請内容によって添付書類が異なります。 裏面をご一読いただき、未記入箇所や不足書類のないようご確認ください。

事業所名 (会社名)		被保険者等 記号-番号	記号-番号 -	フリガナ 氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
勤務地		部 課	住民票 住所	〒 - 電話() - 携帯() -			
所属 (部・室・課)				□住民票住所と同じ □住民票と異なる ⇒ 〒 -			
内線又は外線							

II 被扶養者の異動について

欄が不足する場合は、もう一枚用紙を足してご記入ください。

(フリガナ) 氏 名	国籍 (該当に○)	性 別	続柄	生年月日	被保険者 との居住	職業	収入有無と 金額(年間収入) (該当に○)	扶養しなくなった日 理由	健保 記入欄
()	日本 その他 (国籍記入) ()	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居		有・無 有の場合は下記へ金額を記入 万円	令和 年 月 日 (理由)	減少 認・否 年 月 日
下記 □について 該当するものに レ点									
資格確認書 回収確認	□ 資格確認書を持っていない □ 資格確認書を持っている (□健保組合に返却する □ 自己破棄する)								
健康保険資格喪失証明書発行要否	□ 必要 □ 不要								
()	日本 その他 (国籍記入) ()	男・女		昭和・平成・令和 年 月 日	同居・別居		有・無 有の場合は下記へ金額を記入 万円	令和 年 月 日 (理由)	減少 認・否 年 月 日
下記 □について 該当するものに レ点									
資格確認書 回収確認	□ 資格確認書を持っていない □ 資格確認書を持っている (□健保組合に返却する □ 自己破棄する)								
健康保険資格喪失証明書発行要否	□ 必要 □ 不要								

健康保険被扶養者異動届 申請の手続き

区 分		申請の内容	添付書類	提出ルート	提出期限
異 動	家族を	就職	就職先で受領した健康保険の資格取得(加入)を確認できる証明書類 「資格情報のお知らせの写し」または「資格確認書の写し」(画像印刷可)	【豊田合成㈱】 GL・課長等の管理職 経由 健康保険組合	原則として 5 日以内
		失業保険の受給開始	雇用保尾見受給資格者証の全ての面の写し		
	扶養から外す	離婚・死亡	離婚 … 離婚日等が確認できる書類 (戸籍謄本・離婚届の受理証明書等) 死亡 … 死亡診断書写し・死亡届写し・除籍謄本など死亡したことがわかる公的な証明書	【豊田合成㈱以外の事業所】 事業所総括担当者 経由 健康保険組合	
		別居・収入増加等	なし ※但し、申請内容により個別で確認させていただく場合もあり		

※記号欄は 10＝豊田合成 11＝健康保険組合 12＝一榮工業 13＝TG ウェルフェア 14＝TG メンテナンス 15＝TG ロジスティクス 18＝TG SPORTS 30＝TG テクノ
31＝TGAP 32＝ティージーオブシード 34＝豊田合成東日本 35＝豊田合成九州 40＝豊田合成日乃出 41＝海洋ゴム 50＝豊信合成 90＝任意継続

1. 記入要領

I 申請者(被保険者)について

「申請日」は、	この書類を提出する年月日を記入。		
「事業所名」は、	事業所(会社名)を記入。	「資格確認書 回収確認」は、	豊田合成健康保険組合から『健康保険資格確認書』の交付を受けているか受けていないか該当するものにチェックする。
「記号」、「番号」は、	①マイナポータル ②資格情報のお知らせ ③資格確認書のいずれかでご確認ください。		「資格確認書を持っている場合」は、資格確認書を健康保険組合に返却するのか、自己破棄するのか、該当するものにチェックする。
「氏名」は、	被保険者の氏名を記入。		国民健康保険等、次の健康保険に加入する際に必要な書類です。
「所属」は、	部・室・課単位で記入。	「健康保険資格喪失証明書の発行要否」は、	希望する方は、「必要」にチェックを入れてください。
「内線または外線」は、	常時連絡のとれる番号を記入。		
「生年月日」は、	被保険者の「生年月日」を記入。		
「住民票住所」は、	被保険者の「住民票住所」を記入。居住所と異なる場合は居住所も記入。		

II 被扶養者に異動(脱退)について

「氏名」は、	今回申請する方(家族)の氏名(フリガナ)を記入。
「個人番号(マイナンバー)」は、	今回加入で申請する方(家族)の場合は、必ず「個人番号(マイナンバー)」を記入。
「国籍」は、	今回申請する方(家族)の国籍が日本の場合は○で囲み、それ以外の方は その他を○で囲み、()内に国籍を記入。
「性別」は、	「男・女」を○で囲む。
「続柄」は、	被保険者からみた続柄で、長男・次男・養子・長女・養女 や 実父・実母・義父・義母 など、(子・親等)略さずに記入。
「生年月日」は、	今回申請する方(家族)の生年月日を記入。
「被保険者との居住」は、	被保険者と「住居と家計を共にする者」(＝同居)であるか否か(＝別居)を○で囲む。
「職業」は、	有職の場合、パート・アルバイト・内職 等を記入し、無職の場合は「無職」と記入。 未就学児は「乳児」「幼児」、学生の場合は「小学 3 年」等、学年を記入。
「収入の有無と金額」は、	「有・無」を○で囲み、有の場合は申請日から1年間の収入(見込含)を記入。
「扶養しなくなった日」は、	就職は勤務先で資格情報のお知らせ等の交付を受けた場合は、そこに記載されている 「資格取得年月日」を記入。 雇用保険の失業給付受給の場合は受給開始となった日、離婚は戸籍上の離婚日を記入。 その他は被保険者が経済的に扶養しなくなった日を記入。死亡は死亡日の翌日を記入。
「理由」は、	その理由(就職、収入増、雇用保険受給、離婚、別居、死亡 等) を記入。

ご不明な点などありましたら、下記までお問合せください

お問先 先 : 〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 番地
豊田合成健康保険組合 適用係 [内線 611-5103][外線 0587-23-6661]