

入力	常務理事	事務長	係

申請日：令和 年 月 日

GL・課長	連絡先の電話番号

記入例

健康保険被扶養者異動届

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)	豊田合成健康保険組合	被保険者等 記号-番号	記号-番号 11 - 99999	フリガナ 氏名	ケンホ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 44 年 4 月 4 日
勤務地	井之口	住民票 住所	〒492-8153 愛知県稲沢市井之口町中四反畑 4500 番地 電話(0587)23-6661 携帯(090) 9999 - 9999				
所属 (部・室・課)	〇〇〇〇〇 部 〇〇〇〇〇 課	居住地	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所と同じ <input type="checkbox"/> 住民票と異なる ⇒ 〒 -				
内線又は外線	611-5103						

注:個人番号(マイナンバー)を記入した届の提出は、郵送時は書留等、記録を残せる方法にて必ずご提出ください。

II 被扶養者の異動について(該当に○)		加入・脱退	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。				健保記入欄・・・標準報酬月額 _____ 千円 ・ 扶養家族数 _____ 人	
(フリガナ) 氏名 (ケンホ ハナコ) 健保 花子	国籍 性別 (該当に○)	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○)	扶養し始めた日 又は 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	妻	昭和・平成・令和 55 年 5 月 5 日	同居 別居	無職	有・無 0 万円 有の場合は下記へ金額を記入	平成 令和 6 年 12 月 1 日 (理由) 退職により 意職武捨入のため	増加・減少 認・否 年 月 日
資格確認書発行要否	資格確認書の発行が必要 <input type="checkbox"/> (必要な場合はレ点)		資格確認書とは、マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、医療機関等に提示して保険診療を受けられるようにするために発行するものです。					
()	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 万円 有の場合は下記へ金額を記入	平成 令和 年 月 日 (理由)	増加・減少 認・否 年 月 日
資格確認書発行要否	資格確認書の発行が必要 <input type="checkbox"/> (必要な場合はレ点)		資格確認書とは、マイナ保険証によるオンライン資格確認を受けることができない状況にある方が、医療機関等に提示して保険診療を受けられるようにするために発行するものです。					