

健康保険被扶養者(異動)届 【減らす場合】

ご注意

1. この届は被扶養者から外す事実が発生してから5日以内に提出して下さい。例) 就職・結婚・収入基準超過・死亡 など

☆扶養から外す方の保険証・高齢受給者証・限度額適用認定証を必ず添付して下さい。

2. 資格喪失後に健康保険を使用して医療機関を受診している場合は、後日健保組合より医療費を請求致します。

3. 健康保険法第88条の3により、職員の質問に答弁しなかったり、虚偽の申請や答弁をした場合は処罰されます。

◇太枠内をボールペン(フリクション・鉛筆不可)で、もれのないように記入して下さい。

個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみに使用し、その他の目的には使用致しません。

健保組合	常務理事	事務長	係長	係員

被 保 険 者	被保険者	記号番号	従業員 No.	フリガナ	生年月日	書類提出日
		—		被保険者氏名 (自署)	昭和 平成 令和 年 月 日	令和 年 月 日
	事業所名	トヨタ紡織(株)		(その他の事業所)		
	所属	工場	部	室・課	G・係	連絡先 () - 内線 -
自宅住所・連絡先	〒 - TEL () -					

被扶養者でなくなる人	氏名	性別	生年月日	続柄	職業 (在学校・学年)	扶養しなくなった日 及びその理由	左記年月日以降の保険証使用の有無 《使用した医療機関及び日にち》	喪失証明書の要否	健保組合処理欄	
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日 (理由)	不使用 使用	《使用した医療機関及び日にち》	要・不要	月 日
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日 (理由)	不使用 使用	《使用した医療機関及び日にち》	要・不要	月 日
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日 (理由)	不使用 使用	《使用した医療機関及び日にち》	要・不要	月 日
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			平成 令和 年 月 日 (理由)	不使用 使用	《使用した医療機関及び日にち》	要・不要	月 日

事業所証明欄	所在地	担当者 確認済 印またはサイン	健保組合 処理欄	受付印
	名称			
	事業主			

☆ 書類提出経路：申請者 → 事業主・事業所担当者 (TBはトヨタパーソナルサポート(株)略称:TPSC 国内給与部) → 健保組合

☆ お問い合わせ先：トヨタ紡織健康保険組合 適用・給付G TEL (0566) 26-0305 内線 811-3050