

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

☆扶養から外す方の有効期限内の資格確認書・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。

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。

◇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。

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(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