

常務理事	事務長	係
		保険証処理

被扶養者(異動)届 (任意継続用)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

下記のとおり被扶養者(異動)についてお届けします。

被扶養者を 追加 ・ 削除 します。

(該当する方に○を入れて下さい。)

太線で囲んでいるところに必要事項を記入・捺印してください。

平成 年 月 日提出

※	被保険者証の 記号番号	※	資格取得年月日	※	標準報酬 月額	① 被保険者氏名 ・ 生年月日 ・ 印	
	301		昭和 平成 年 月 日		千円	フリガナ	
						(印)	
						昭和 ・ 平成 年 月 日生	
②	被保険者の住所と電話番号	☎	〒 () -			事業所名	任意継続
③	被扶養者の氏名	(カナ)	(カナ)	(カナ)	(カナ)		
④	生年月日	昭平	年 月 日	昭平	年 月 日	昭平	年 月 日
⑤	性別	男 ・ 女		男 ・ 女		男 ・ 女	
⑥	被保険者との続柄						
⑦	職業						
⑧	収入(1ヶ月)	円		円		円	
⑨	被扶養者の住所						
⑩	扶養を はじめた日 しなくなった日	平成	年 月 日	平成	年 月 日	平成	年 月 日
⑪	扶養を はじめた理由 しなくなった理由						

この届書は、被扶養者に異動があったときにその日から五日以内に健康保険組合へ提出してください。尚、被扶養者からはずれる場合は、必ず対象者の被保険者証カードを添付してください。 ※印は、健康保険組合が記入しますので、空けておいたください。

組 合 認 定 欄	上記のとおり認定しました。 平成 年 月 日 兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長
--------------	---------------------------------------------

常務理事	事務長	係
		保険証処理

被扶養者(異動)届 (再雇用者用)

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長殿

下記のとおり被扶養者(異動)についてお届けします。

被扶養者を 追加 ・ 削除 します。

(該当する方に○を入れて下さい。)

※ 平成 年 月 日提出

① 被保険者証の 記号番号	② 資格取得年月日 昭和 平成 年 月 日	③ 標準報酬 月 額 千円	④ 被保険者氏名 ・ 生年月日 ・ 印 フリガナ 昭和 ・ 平成 年 月 日生	
⑤ 被保険者 の住所と 電話番号	〒 () -		⑥ 事業所の 名 称	
⑦ 被扶養者 の氏名	(カナ)	(カナ)	(カナ)	(カナ)
⑧ 生年月日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日
⑨ 性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
⑩ 被保険者 との続柄				
⑪ 職 業				
⑫ 収 入 (1ヶ月)	円	円	円	円
⑬ 被扶養者 の住所				
⑭ 扶養を はじめた日 しなくなった日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
⑮ 扶養を はじめた理由 しなくなった理由				

※	上記のとおり相違ないことを証明します。
事業主	平成 年 月 日
証明欄	所在地名称 事業所 事業主氏名

組 合	上記のとおり認定しました。
認 定 欄	平成 年 月 日 兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長

この届書は、被扶養者に異動があったときにその日から五日以内に事業主(会社)を通じて提出してください。尚、被扶養者からはずれる場合は、必ず対象者の被保険者証カードを添付ください。

配偶者状況届(任意継続用・再雇用者用)

平成 年 月 日

兵庫トヨタ自動車健康保険組合理事長 御中

会社名

被保険者氏名

印

1. 配偶者氏名 _____ 年齢 _____ 歳

2. 今まで加入していた健康保険の種類

イ. 全国健康保険協会 ロ. 健康保険組合 ハ. 国民健康保険

ニ. (国家、地方公務員)共済組合 ホ. 親等の健康保険組合の被扶養者

ヘ. 当健康保険組合の被扶養者(被保険者が任意継続または再雇用されるまで)

ト. なし(理由: _____)

3. 就職状況(アルバイト・パートも含む)

イ. していない

ロ. している(過去3ヵ月分の給与明細書添付)

勤務先名 _____ 職種 _____

勤務先での雇用保険加入 加入している ・ 加入していない
(どちらかに○をいれてください)

過去3ヵ月分の収入 前 3ヵ月(月) _____ 円

前 2ヵ月(月) _____ 円

前 1ヵ月(月) _____ 円

過去3ヵ月平均収入 _____ 円

平成 年 月 日

兵庫トヨタ自動車健康保険組合
理事長 瀧川 博司 殿

貴社名
部署名
氏名 印

遅延理由書

この度、私の _____ の扶養申請において、被扶養者（異動）届提出の際に、
_____ の添付が、 _____
_____ の理由により遅れることをご了承ください。

尚、書類が届き次第速やかに事業所経由(任意継続の方は直接)で健康保険組合に送付いたしますので、認定処理をお願いいたします。

以上