

常務理事	事務長	係
		保険証処理

被扶養者（異動）届

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 29 年 4 月 15 日提出

① 被保険者証の記号番号		② 資格取得年月日		③ 標準報酬月額	④ 被保険者氏名・生年月日・印		
記号	番号	昭和 平成	27 年 4 月 1 日	200千円	フリガナ ご本人の名前と生年月日	印	
					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		ご本人の会社名		
〒 () - () - () ご本人の住所と電話番号			事業所の名称		ご本人の会社名		
⑦ 被扶養者の氏名		⑧ 生年月日		⑨ 性別		⑩ 被保険者との続柄	
(カナ) ケンポ ハナコ 健保花子		(カナ) ケンポ ユウコ 健保裕子		昭平 年 月 日		昭平 年 月 日	
昭平 2 年 5 月 6 日		昭平 10 年 7 月 11 日		昭平 年 月 日		昭平 年 月 日	
⑪ 職業		⑫ 収入(1ヶ月)		⑬ 被扶養者の住所		⑭ 扶養を しはじめた日 しなくなった日	
主婦		0 円		同上		平成 23 年 4 月 1 日 平成 29 年 4 月 1 日	
会社員		180,000 円		同上		取得の場合:被扶養者の退職 赤ちゃんが産まれた(出生)等 削除の場合:他の保険に加入のため 雇用保険の支給開始のため等	
⑮ 扶養を しはじめた理由 しなくなった理由		⑯ 扶養を しはじめた理由 しなくなった理由		⑰ 事業主 証明欄			
被保険者が取得した為		就職のため		上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 所在地名称 事業所 事業主氏名			

被扶養者からはずれる時は、対象者の所を赤のボールペンで記入してください。続柄は、「妻」・「義母」・「長男」等で記入ください。

取得の場合:被扶養者の退職
赤ちゃんが産まれた(出生)等
削除の場合:他の保険に加入のため
雇用保険の支給開始のため等

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

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
-----------	--

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。