

健康保険被扶養者異動届(加入用) 30日以内に健保必着

トヨタ自動車健康保険組合 理事長 殿

1.被保険者(従業員)

提出日 令和 3年 1月 8日

保険証	記号							番 号							氏 名		配偶者	配偶者がトヨタ健保へ加入中の方							
	0	1	2	3	4	5	6	7	健保 太郎							<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	記号		番号						
住所	〒 471-0832 愛知県豊田市トヨタ町〇〇丁目××番地															TEL (自宅) 0565 - 98 - 7654 (職場) 0565 - 11 - 1111									

2.申請家族

カナ	ケンボ ハナコ	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 27年 3月 8日	続柄 ※2	配偶者	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	マイナンバー ※1							
氏名	健保 花子														
居住区分	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居							国籍	電話番号						
							<input checked="" type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> その他	090 - 9999 - 9999							
異動年月日 (扶養し始めた日) ※3	令和 3年 1月 1日			異動理由 (扶養する理由)	(退職、出生、結婚、雇用契約の変更など)										

※1【マイナンバー利用目的】トヨタ自動車健康保険組合は、マイナンバーを番号法別表第1の第2項「健康保険法による保険給付の支給又は保険料等の徴収に関する事務」において、適用、給付及び徴収業務で利用します。マイナンバーを届出とは別に提出される場合は記入不要です。
 ※2 子供の場合は「長男」「次男」などを記入、「子」は不可。養子縁組の場合は「養子」と記入。養子縁組していない連れ子は「夫の子」「妻の子」と記入。
 ※3 被保険者の入社に伴う申請の場合は入社日、申請家族の退職の場合は退職日の翌日、および失業給付受給終了の場合は受給終了日の翌日。

3.申請家族の職業・収入等 (出生児の申請の場合は記入不要)

(1) 異動年月日 時点の収入 → 「あり」は詳細を記入	(2) 直近の職歴
<給料> <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 非常勤講師 <input type="checkbox"/> その他 円/月 円/年間 勤務先名 : _____ 業 種 : _____ <事業・その他> <input type="checkbox"/> あり (円/年間) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 農業 <input type="checkbox"/> 漁業 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> 株配当 <input type="checkbox"/> その他 () <年金> <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ① 老齢国民年金 (円/年間) ② 老齢厚生年金 (1,604,080円/年間) ③ 共済老齢年金 (円/年間) ④ 遺族年金 (円/年間) ⑤ 障害年金 (円/年間) ⑥ 厚生年金基金 (円/年間) ⑦ そ の 他 (円/年間) 合 計 円/年間 <給付金/手当金(受給予定を含む)> <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 出産手当金(分娩予定日 : 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 傷病手当金(受給終了(予定)日 : 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 失業保険(受給終了(予定)日 : 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 保険金など(受給終了(予定)日 : 令和 年 月 日)	□過去数年、職歴なし <input checked="" type="checkbox"/> 2年前～本年までに職歴あり → ①～④を記入 ①退職(予定)日 令和 2年 12月 31日 ②退職理由: 契約満了・結婚・出産・自己都合 等 ③勤務先名: 〇〇株式会社 ④失業保険 <input checked="" type="checkbox"/> 受給しない <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給終了(令和 年 月 日終了)
(3) 現在・直近で加入していた健康保険について	
<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> トヨタ健保 <input type="checkbox"/> 任意継続保険 <input type="checkbox"/> 無保険(□平・□令 年 月から)	
(4) 医療扶助について → 「あり」は詳細を記入	
<input type="checkbox"/> あり(→医療受給者証のコピーを添付) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 子ども <input type="checkbox"/> ひとり親 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他	
(5) 申請家族の配偶者について ※配偶者の申請時は記入不要	
<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別(□平・□令 年 月 日死亡)	
(6) 申請家族と同居している家族について	
<input type="checkbox"/> いる → (被保険者との続柄:) <input checked="" type="checkbox"/> いない	
(7) 申請家族が海外に居住の場合のみ	
居住開始日: □平成・□令和 年 月 日 居住理由: _____	

4.扶申請家族が別居の場合 (同居の場合は記入不要)

(1) 3ヶ月以内に同居の予定がありますか？	(3) 生活費の仕送り(援助)について記入してください。
<input type="checkbox"/> 有 (令和 年 月 日より同居予定) <input type="checkbox"/> 無 (2) 別居している理由を教えてください。 <input type="checkbox"/> 入社する <input type="checkbox"/> 人事異動による単身赴任 <input type="checkbox"/> 自己都合	<input type="checkbox"/> 仕送りをしている <input type="checkbox"/> 仕送りしていない → ①被保険者(従業員)からの仕送り額 (円/月) ②他の親族からの仕送り額 (円/月)

事業主 証明印	担当人事 記入欄	健康保険組合 受付印	健保 記入欄
印	受付日 / 税扶養※ <input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該 当	健康保険組合 受付印	判定 認定 認 定 日 令和 年 月 日

※所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族