

健康保険被扶養者異動届(取消し用) 兼 保険証滅失届

トヨタ自動車健康保険組合 理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

保険証の 記号・番号	記号	番号	被保険者 (従業員氏名)	印
申請する 家族氏名	続柄		自宅 TEL () -	
			職場 TEL () -	
申請する 家族の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	申請する 家族の現住所	

1. 取り消す理由にチェック・取り消す日を記入

理由	取り消し日(下の点線枠内をお読みください)
☐ 就職	就 職 日 (令和 年 月 日)
☐ 収入オーバー	基準をオーバーした日 (令和 年 月 日)
☐ 離婚	離 婚 日 (令和 年 月 日)
☐ 失業保険の受給開始	受 給 開 始 日 (令和 年 月 日)
☐ 他人の扶養になった	扶 養 に な っ た 日 (令和 年 月 日)
☐ 結婚	入 籍 日 (令和 年 月 日)
☐ 死亡	死 亡 日 (令和 年 月 日)
☐ 後期高齢者医療制度に加入	加 入 日 (令和 年 月 日)
☐ その他()	事 由 が 発 生 し た 日 (令和 年 月 日)

2. 資格を取り消す家族の保険証(または資格確認書※)を添付 ※資格確認書は交付者のみ

左側にクリップ等で添付してください
※のり、両面テープは不可

※保険証を紛失し、返却できない場合は、
右側の滅失届をご記入ください。

2024. 12. 1以降の加入(保険証の交付なし)の場合、
資格確認書の交付がない方は添付不要です。

滅失届(保険証を紛失された方)

紛失理由：

上記のとおり、健康保険被保険者証を
紛失しましたのでお届けいたします。
以後発見した場合は速やかに返却いたします。

被保険者氏名 _____ 印 _____

3. 資格喪失証明書

資格喪失証明書の交付を → 希望する

資格喪失証明書は、次の健康保険に加入する際に必要な書類です。

希望する方は、「希望する」に○印を付けてください。ご職場に送付いたします。

事業主証明印		健康保険組合受付印
担当人事		受付日
印	TEL	/
印	() -	
健保 記入欄	判定 保留⇒取消 ・ 否認	喪失日 令和 年 月 日

注意

取り消し日(喪失日)以降は、
トヨタ健保の資格がありません。
トヨタ健保の
保険証は**使用しないでください。**

取り消し日以降に
使用された場合は、
トヨタ健保にご連絡ください。
(レセプト G TEL:0565-28-0153)