

記入例

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 0 4	番号 1 2 3 4 5 6	被保険者 (従業員氏名)	健保 太郎 印	
申請する 家族氏名	健保 花子		続柄 長女	自宅 TEL (0565) 00 - 0000	職場 TEL (0565) 11 - 1111
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	愛知県豊田市トヨタ町○丁目○番地	

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)
<input checked="" type="checkbox"/> 就職	就 職 日 (令和○○年○○月○○日)
<input type="checkbox"/> 収入オーバー	基準をオーバーした日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 離婚	離 婚 日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 失業保険の受給開始	受 給 開 始 日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 他人の扶養になった	扶 養 に な っ た 日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 結婚	入 籍 日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 死亡	死 亡 日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療制度に加入	加 入 日 (令和 年 月 日)
<input type="checkbox"/> 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を添付

クリップ位置

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。

滅失届(保険証を紛失された方)

紛失理由: **所定の場所を探しても見つからないため。**

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 **健保 太郎** 健印

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	注意
<p>事業主 (人事) の方が 記入・捺印の上、 担当人事 健保にご提出ください。</p>		<p>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。</p> <p>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)</p>
<p>印 () -</p>	<p>受付日 /</p>	

健保 記入欄	判定 保留⇒取消・否認	喪失日 令和 年 月 日
-----------	----------------	-----------------