

## 健康保険被扶養者異動届（削除用）

既に認定されている被扶養者が就職、別居、死亡などで減った場合は、5日以内にこの届出と使わなくなった証明書を裏面に添付し、事業主（会社）を通じて健保組合へ提出してください。

※ご記入いただきました扶養者情報は、事業主と共有します。

被 保 険 者 欄	資格情報		電話番号（日中連絡がとれる番号をご記入ください）	
	記号・番号	—		
	氏名			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日		
	現住所	〒 —		

被 扶 養 者 ①	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	異動年月日	令和 年 月 日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

被 扶 養 者 ②	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	異動年月日	令和 年 月 日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

被 扶 養 者 ③	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	異動年月日	令和 年 月 日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

被 扶 養 者 ④	氏名				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	続柄
	異動事由	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 収入増（ <input type="checkbox"/> 社保加入、 <input type="checkbox"/> 国保加入） <input type="checkbox"/> 失業給付開始 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	異動年月日	令和 年 月 日	削除証明書	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	

◇提出先 トヨタ車体（株）の方・・・ポジティブ（人事システム）入力のため提出不要（証明書はLSCにご返却ください）

トヨタ車体研究所の方・・・LSC事務サポート事業室 →トヨタ車体健康保険組合

その他事業所の方・・・事業所担当部署（人事または総務） →トヨタ車体健康保険組合

任意継続の方・・・トヨタ車体健康保険組合

事 業 主 証 明 欄	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主（代理人） 氏名

社会保険労務士記載欄

2024年12月改定

## 異動届（削除用）保険証返却用貼付け台紙

（2024.12.1以前に加入された方は保険証カードを添付してください）

（2024.12.2以降に加入され資格確認書をお持ちの方は資格確認書を添付してください）

ここに保険証を  
セロテープ等で貼付けしてください  
被扶養者①

ここに保険証を  
セロテープ等で貼付けしてください  
被扶養者②

ここに保険証を  
セロテープ等で貼付けしてください  
被扶養者③

ここに保険証を  
セロテープ等で貼付けしてください  
被扶養者④