

# 被扶養者変更届(減らす場合)

<よくお読みください>

※ 減らす方の保険証カードを、必ず返却(添付)してください。

※ お勤め先で保険証が発行(社保加入)された場合は新しい保険証のコピーを添付して下さい。

※ 保険証カードを紛失した場合は「被保険者証滅失届」欄(二重線枠内)も必ず記入してください。

						令和 年 月 日 提出		
被保険者証 記号・番号		氏名		生年月日		S H R 年 月 日		
自宅 住所・電話		日中連絡可能な電話 ( ) -						
職場		部		室 課		係 G (内線 )		
被 保 険 者 記 入 欄	被扶養者氏名	性別	生年月日	続柄	職業	減らす日	保険証 の返却	減らす理由
		男・女	S・H・R 年 月 日			令和 年 月 日	有・無	
		男・女	S・H・R 年 月 日			令和 年 月 日	有・無	
		男・女	S・H・R 年 月 日			令和 年 月 日	有・無	
		男・女	S・H・R 年 月 日			令和 年 月 日	有・無	
国民健康保険等に加入するための(当健保の)資格喪失証明書発行希望							有・無	
事 業 主 欄	1. トヨタ自動車東日本 3. 関東商事 5. EJサービス 11. ケー・アイ・ケー 13. ケイ・エフ・サービス 14. 関商ネットワーク 16. シー・エス・シー 19. セントラル総合サービス 20. C&D 99. 任意継続被保険者						担当者	
							受付年月日 . .	

## 被保険者証滅失届 (保険証カードを紛失した場合に記入)

滅失した保険者証の氏名	*複数名記入可
上記被扶養者の被保険者証を滅失しましたが、滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納します。 令和 年 月 日 被保険者氏名	事業主の証明 左記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 事業主 名称

### ※ 注意事項

- 被扶養者が減った場合は、事業主を経由して5日以内にこの届出を提出して下さい。
- 上記の枠内に記入漏れがないようにして下さい。記入漏れがあった場合は、受け付けできません。

(提出経路) 本人 → 職場 → 事業所担当部署 → 健保組合

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	担当	受付
	令和 年 月 日 認定			