

# 健康保険 被扶養者異動届

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 情 報	記号・番号	—	個人番号 (マイナンバー)							
	会社名	所属名称								
	フリガナ									
	氏名			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日		
	勤務先 電話番号	( )	—	自宅電話番号	( )	—				
	自宅 現住所	(郵便番号 — ) 都道 市区 府県 町村								

被 扶 養 者 欄	氏名	フリガナ	性別	男 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄		
			個人番号 (マイナンバー) ※認定時のみ記入									
	住民票住所 (住民票の有無 □あり □なし)	(郵便番号 — ) 都道 市区 府県 町村										
	届出 認定事由	入社・出生・結婚・離職・任継資格喪失・扶養異動 収入減・その他( )				海外 要件 該当	留学・同行家族・特定活動・海外婚姻 その他( )					
	届出 削除事由	結婚・就職・収入超過・離婚・扶養異動・死亡・別居 後期高齢該当・その他( )				海外 特例 要件 非該当	国内転入(令和 年 月 日) その他( )					
異動年月日	(被扶養者になった日) (被扶養者でなくなった日) (海外特例要件該当日・非該当日)				令和	年	月	日	※ 健保使用欄 受理日認定・不認定			
資格 確認書	発行要否	□ 発行が必要		【交付理由コード】 A. マイナンバーカードを紛失した・更新中の方(別途、申請が必要です) B. マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が要配慮者等に同行して 資格確認を補助する必要がある方(別途、申請が必要です) C. マイナンバーカードを取得していない方 D. マイナンバーカードを保有しているが、健康保険証利用登録を行っていない方 E. マイナ保険証の利用登録解除を申請した方(別途、申請が必要です) F. マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方 G. マイナンバーカードを返納した方								
	交付理由 コード	C・D・F・G ※A・Bは、「資格確認書(再)交付申請書」の提出が必要										

被保険者 確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、下記①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
-------------	--------------------------	---

(提出先) 加入者 → 事業主 → 健康保険組合

決定

事実と相違ないことを証明します。

健保組合	伺			資格入力	住民票入力	決定通知書	お知らせ	資格確認書
	常務理事	事務長	担当					

事業主	各長	担当