

赤点線枠内は、ご自身のマイナンバー保険証等を確認の上、ご記入ください。

※資格確認証発

※印刷する際は横向にてお読みください。

常務理事	事務長	係員
------	-----	----

健康保険被扶養者(異動)届【増】

※以下に該当する場合に限ります

- ・マイナンバーカードを取得していない場合、マイナンバーの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険者利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

被保険者等	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ			男 <input checked="" type="checkbox"/> ・女 <input type="checkbox"/> 生年月日	平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年 ※※月 ※※日
			被保険者 氏名	健保 太郎				
被保険者 住民票住所	被保険者の住民票住所を記入してください。				給与以外の収入 (年金・不動産収入等)		標準報酬月額 (健保記入)	千円
被扶養者 の氏名 フリガナ 氏名	性別	生年月日	年齢	職業	同居・別居 区分	異動日	資格確認書 発行要否	
ケンポ ハナコ 健保 花子	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	妻 ※※歳	パート	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input checked="" type="checkbox"/>	令和 ※※年※※月※※日	雇用形態変更による収入減 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)	被保険者と同居の場合は記入不要です。					個人番号(12桁) ※記入不要！	個人番号は事業主経由で入手するため、記入不要です。 異動日より5日以内に事業主へ個人番号を届出ください。	
ケンポ スミコ 健保 住子	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	長女 ※※歳	無職	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input checked="" type="checkbox"/>	令和 ※※年※※月※※日	退職 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)	被保険者と同居の場合は記入不要です。					個人番号(12桁) ※記入不要！	個人番号は事業主経由で入手するため、記入不要です。 異動日より5日以内に事業主へ個人番号を届出ください。	
ケンポ イチロウ 健保 一郎	男 <input checked="" type="checkbox"/> ・ 女 <input type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	長男 ※歳	学生	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 ※※年※※月※※日	失業給付の受給終了 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)	□□市○○町※※一※一※※					個人番号(12桁) ※記入不要！	個人番号は事業主経由で入手するため、記入不要です。 異動日より5日以内に事業主へ個人番号を届出ください。	
ケンポ トモコ 健保 友子	男 <input type="checkbox"/> ・ 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input checked="" type="checkbox"/> ※※年※※月※※日	二女 ※※歳	無職	同居 <input type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 ※※年※※月※※日	出生 <input type="checkbox"/> 発行が必要	
被扶養者住民票住所 (別居の場合のみ)	被保険者と同居の場合は記入不要です。					個人番号(12桁) ※記入不要！	個人番号は事業主経由で入手するため、記入不要です。 異動日より5日以内に事業主へ個人番号を届出ください。	

令和 ※※年※※月※※日提出

健保受付日付印

こちらは記入不要です。

事業主確認

- この届出については、下記の2点を確認しています。
1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。
 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。