

住友ファースト

※資格確認証発

※印刷する際は横向きにしてください。

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。

健康保険被扶養者(異動)届【増】

常務理事 事務長 係 員

※以下に該当する場合があります
・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	ケンボ タロウ		男 <input checked="" type="checkbox"/> ・女 <input type="checkbox"/>	生年月日	平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	※※年 ※※月 ※※日
被保険者氏名			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)	円	標準報酬月額(健保記入)	千円
被扶養者の氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	職業	同居・別居区分	異動日	異動日は「扶養することになった理由」が発生した日を記入してください。	資格確認書発行要否
氏名									
ケンボ ハナコ		男 <input type="checkbox"/> ・女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	妻	パート	同居 <input checked="" type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 ※※年 ※※月 ※※日	雇用形態変更による収入減	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
健保 花子			※※年 ※※月 ※※日	※※歳					
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。		
ケンボ スミコ		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"/>	長女	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
健保 住子			※※年 ※※月 ※※日	※※歳					
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。		
ケンボ イチロウ		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"/>	長男	学生	同居 <input checked="" 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
健保 一郎			※※年 ※※月 ※※日	※※歳					
被扶養者住民票住所(別居の場合のみ)	□□市○○町※※-※※-※※					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。		
ケンボ トモコ		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"/>	二女	無職	同居 <input checked="" type="checkbox"/> ・別居 <input type="checkbox"/>	令和 ※※年 ※※月 ※※日	出生	<input type="checkbox"/> 発行が必要
健保 友子			※※年 ※※月 ※※日	※※歳					
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。