

健保組合提出用

健康保険 被扶養者（異動）届

受付印

記載日:令和 年 月 日

※この書類は必ず返信用封筒に入れてご返送ください

事業主記入欄	事業所整理記号		届出記入の個人番号等に誤りがないことを確認しました。	
	事業所所在地	〒 -	記入見本（新規加入の場合）	社会保険労務士記載欄 氏名等
	事業所名称			
	事業主氏名			事業主等 受付年月日

被保険者欄	記号	6100	番号	000	所属名	ロイヤルホスト00店	社員番号	社員6桁・ｸｰﾙ-10桁
	氏名	ㇿㇿㇿㇿㇿㇿ ケンコウ タロウ 健康 太郎		生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日	標準報酬月額		千円
	資格取得年月日	昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日	住所	〒812 - 0893 福岡市博多区那珂3丁目28番5号 ※住民票上の住所を記載			連絡先	-

被扶養者欄	氏名	ㇿㇿㇿㇿㇿㇿ ケンコウ タモツ 健康 保		生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男	続柄	長男
	住所	同居	記入不要			別居の場合はその理由			
	被扶養者になった日(増)	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	職業	1.無職 2.パート 3.年金受給者 4.中学生以下	5.高校以上の学生 6.その他()	収入額	理由	1.出生 2.離職 3.収入減 4.同居	5.その他 [新規加入]
	被扶養者でなくなった日(減)	令和 年 月 日	理由	1.死亡 2.就職 3.収入増加 4.75歳到達	5.障害認定 6.その他	備考			
	個人番号 ※扶養増のみ				※個人番号の記載がない場合、被扶養者認定に時間を要します ※扶養減の場合、個人番号記載の必要はありません				

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください（※下記理由以外での発行はできません）

<input type="checkbox"/> 下記の理由により資格確認書の発行を希望します	
理由欄	<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失したため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの更新手続き中のため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの電子証明書の有効期限がきれているため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを作っていないため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納したため <input type="checkbox"/> マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため <input type="checkbox"/> マイナンバーカードの保険証への紐づけを解除したため <input type="checkbox"/> 資格確認書を滅失・き損したため