所属部署		

健康保険被扶養者異動届（認定申請用）

令和　年　月　日　提出

健康保険被保険者等		被保険者の氏名		性別	生年月日				異動の別	資格取得年月日				標準報酬月額
記号	番号	カナ	カナ			年	月	日			年	月	日	千円
		氏	名 ㊞	男・女	昭和・平成				新規・追加	昭和 平成 令和				

被保険者の住民票上の住所	〒　－ TEL　（　）	この届が受理される前の被扶養者数	この届が受理された後の被扶養者数
		名	名

被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	被扶養者の収入	被保険者との世帯別	被扶養者になった日	被扶養者になった理由を具体的に記入	認定年月日（※健康保険組合記入欄）	資格確認書発行要否	備考
氏	名	昭 平 令	男・女			千円/年	同所帯・別所帯	昭 平 令		令和　年　月　日	□ 発行が必要	
フリガナ		住民票上の住所 〒　－							個人番号			
氏	名	昭 平 令	男・女			千円/年	同所帯・別所帯	昭 平 令		令和　年　月　日	□ 発行が必要	
フリガナ		住民票上の住所 〒　－							個人番号			
氏	名	昭 平 令	男・女			千円/年	同所帯・別所帯	昭 平 令		令和　年　月　日	□ 発行が必要	
フリガナ		住民票上の住所 〒　－							個人番号			

【資格確認書の発行要否】 ※以下に該当する場合のみに限ります。

- マイナンバーカードを取得してない者、マイナンバーカードの返納者
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証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

事業主証明欄		
	事業所所在地　〒 事業所名称 事業主氏名 ㊞ 電話番号　（　　）　番	
	事業主が確認した場合に○で囲んでください。 確認	この届出については、①又は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。

健保受付印

常務理事	事務長	係	係