

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	係

## 《記入例(増)》

健康保険は和暦での記載が決められています。日付はすべて和暦でご記入願います。

太枠内をご記入ください。

被 保 険 者 欄	被保険者証記号	8000	被保険者証番号	1234	事業所	奈良	所属	総務部総務GP						
	氏名	(フリガナ)	ケンボ	タロウ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5	1	0	3	1	0	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		(氏)	健保	太郎	住民票住所	〒 111 - 2222 奈良県奈良市四条町100								
	社員番号	1999999	年齢	45	現在居住住所	〒 - (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)								

被 扶 養 者 欄 ①	新生児の扶養申請時の記入例	(フリガナ)	ケンボ	ユウタ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	0	6	0	3	1	0	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		氏名	健保	優太	住民票住所	〒 - (別居の場合は別居の住所を記入してください) 被保険者の住民票住所と同じ場合は記入不要									
			(名)	長男	年齢	現在居住住所	〒 - (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)								
		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )	収入(年収見込)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合は金額を記入 円									

被 扶 養 者 欄 ①	新生児以外の扶養申請時の記入例	(フリガナ)	ケンボ	ハナコ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5	6	0	2	1	0	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
		氏名	健保	花子	住民票住所	〒 - (別居の場合は別居の住所を記入してください) 被保険者の住民票住所と同じ場合は記入不要										
			(名)	配偶者	年齢	40	現在居住住所	〒 - (住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)								
		職業	<input type="checkbox"/> 無職 <input checked="" type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 年金受給者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他( )	収入(年収見込)	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合は金額を記入 80万 円										

提出日: 0000年 00月 00日

### ■注意事項(資格確認書の発行要否について)

資格確認書の発行は下記のいずれかに該当する場合に限りです。該当しない場合は発行できません。

- ①マイナンバーカードを紛失したため
- ②マイナンバーカードの更新手続き中のため
- ③マイナンバーの電子証明書の有効期限が切れているため
- ④マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- ⑤マイナンバーカードを作っていないため
- ⑥マイナンバーカードを返納したため
- ⑦マイナンバーカードの保険証利用登録解除を申請したため  
⇒自身の過去の健康医療情報に基づいたよりよい医療を受けることができなくなります

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	