

常務理事	事務長	グループ 統括	課長	係長	担当

健康保険被扶養者(異動)届 (増)

①事業所記号		3000		②性別		③フリガナ				④被保険者 生年月日		元号					
被保険者等番号				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		被保険者氏名						年 月 日					
⑤資格取得年月日		元号		⑥被保険者住民票住所		〒											
⑦フリガナ 被扶養者氏名		⑧性別		⑨職業		⑩個人番号(12桁) ⑪被扶養者の生年月日		⑫続柄※		⑬居所の確認		⑭扶養し始めた日		⑮増加理由		⑯収入の有無	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居 <small>※⑨は住民票住所を記入別居の場合は⑩も記入</small>		令和		1.本人取得 2.出生 3.離職 4.失業給付終了 5.結婚 6.その他		<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居 <small>※⑨は住民票住所を記入別居の場合は⑩も記入</small>		令和		1.本人取得 2.出生 3.離職 4.失業給付終了 5.結婚 6.その他		<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居 <small>※⑨は住民票住所を記入別居の場合は⑩も記入</small>		令和		1.本人取得 2.出生 3.離職 4.失業給付終了 5.結婚 6.その他		<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>			
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>		<input type="checkbox"/> 被保険者と同居 <input type="checkbox"/> 被保険者と別居 <small>※⑨は住民票住所を記入別居の場合は⑩も記入</small>		令和		1.本人取得 2.出生 3.離職 4.失業給付終了 5.結婚 6.その他		<input type="checkbox"/> 有 月収 円 <input type="checkbox"/> 資格確認書発行希望 <small>※マイナ保険証未登録の方のみチェックをしてください。</small>			
⑬別居理由		<input type="checkbox"/> 単身赴任 <input type="checkbox"/> 学生別居 <input type="checkbox"/> その他 ()		⑱被扶養者 住民票住所①		対象者氏名 〒 -		⑳被扶養者 住民票住所②		対象者氏名 〒 -							

この届出については、下記の要件を満たしたものであることを確認しました。
 ・申請書本人(被保険者)が作成したものである。
 ・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。

※ お子様の場合、長男、長女など具体的にご記入ください。

受付年月日

令和 年 月 日

(注)

- この届書は、資格取得の際被扶養者を有するとき、又は被扶養者に増減を生じたとき5日以内に事業主を経由して提出してください。
- 「健康保険事務担当者手続きの手引き」を参照のうえ、被扶養者認定対象者現況届及び添付書類が必要な場合にはあわせて提出してください。