

健康保険組合押印欄

常務理事	事務長		

健康保険被扶養者異動届(取得・喪失)

令和 年 月 日 提出

被 保 險 者	所 属	●●部		健康保険証の記号-番号		事務所所在地 事業所名称 事業主氏名					
	氏 名	共同 太郎		2148-1234567							
	住民票上の住所	〒		日中連絡のとれる電話番号			-				
被 扶 養 者	フリガナ	生年月日	続柄 (妻・長男 長女等)	性別	申請事由 (結婚・出生・離職・就職等)	職業	住民票上の住所(同居・別居に○印)				
	氏名				異動年月日	月平均収入	個人番号(マイナンバー・12ケタ) (注)取得の場合のみ記入				
	共同	花子	昭和 平成 令和	●年●月●日	妻	男 <input checked="" type="radio"/> 女	結婚	無職	同居・別居 〒●●●-●●● 東京都●●区●● 1-2-3	資格確認書 発行要否	□ 発行が必要 (マイナ保険証保有者は チェック不要)
	共同	一朗	昭和 平成 令和	●年●月●日	長男	男 <input checked="" type="radio"/> 女	出生	0円	個人番号(マイナンバー) ※取得の場合のみ記入 1234 ●●●● ●●●●		
			昭和 平成 令和	●年●月●日		男 <input checked="" type="radio"/> 女	年 月 日		同居・別居 〒	資格確認書 発行要否	□ 発行が必要 (マイナ保険証保有者は チェック不要)
									個人番号(マイナンバー) ※取得の場合のみ記入		
	確認欄	右記を確認後、被保険者がチェックをつけてください	この届出については、①又は②の要件を満たしている。 ①申請者本人(被保険者)が作成した。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認した。								

(注)マイナ保険証を持っていない場合、資格確認書を発行します。

異動届に添付する書類は別紙を参照してください。

健康保険組合押印欄

EXCEL		KOSMO	
入力日	入力担当印	入力日	入力担当印
/		/	