

健康保険被扶養者異動届(取得 ・ 喪失)

令和 年 月 日 提出

健康保険組合押印欄			
常務理事	事務長		

被 保 険 者	所 属	●●部		健康保険証の 記号 - 番号		事務所 所在地	印				
	氏 名	共同 太郎		2148-1234567		事業所 名 称					
	住民票上 の 住所	〒		日中連絡のとれる電話番号 — —		事業主 氏 名					
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 ●年●月●日 令和	妻	男	結 婚	無職	同居・別居 〒●●●-●●●● 東京都●●区●● 1-2-3	発行要 否	資格確 認書	□ 発行が必要 (マイナ保険証保有者は チェック不要)
				女	令和 ●年 ●月 ●日	0円	個人番号(マイナンバー) ※取得の場合のみ記入 1234 ●●●● ●●●●				
	共同	一朗	昭和 平成 ●年●月●日 令和	長男	男	出 生		同居・別居 〒●●●-●●●● 東京都●●区●● 1-2-3	発行要 否	資格確 認書	□ 発行が必要 (マイナ保険証保有者は チェック不要)
				女	令和 ●年 ●月 ●日		個人番号(マイナンバー) ※取得の場合のみ記入 1234 ●●●● ●●●●				
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 <div></div>			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
/		/	