健康保険 被扶養者異動届（増）

健保組合		
常務理事	グループ長	担当者

事業所担当者の確認印
日付印

健康保険被保険者証	
記号	番号（右づめで記入）

被保険者の氏名

（氏）　（名）

令和　　年　　月　　日提出

事業所名		電話番号	自宅	
所属（または出向先）	部　　室・グループ 課・工場		職場（内線）	
			職場（外線）	
被保険者住所	〒			

対象者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居	別居 単身赴任	別居 施設入居	別居 その他	学生	収入 内訳	収入 平均月額（税込）	申請理由	事由発生年月日	＊健保記入欄（認定年月日）
（フリガナ）	昭 平 令　年　月　日	男 女							なし・年金 給与収入 その他（　）	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他（　）	令和　年　月　日	＊令和　年　月　日
	マイナンバー（個人番号）								マイナ保険証	□有（資格確認書発行不可 ※2） □無（資格確認書発行要否 ※3　□ 発行が必要）			＊発行日（R　.　.　）
（フリガナ）	昭 平 令　年　月　日	男 女							なし・年金 給与収入 その他（　）	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他（　）	令和　年　月　日	＊令和　年　月　日
	マイナンバー（個人番号）								マイナ保険証	□有（資格確認書発行不可 ※2） □無（資格確認書発行要否 ※3　□ 発行が必要）			＊発行日（R　.　.　）
（フリガナ）	昭 平 令　年　月　日	男 女							なし・年金 給与収入 その他（　）	円	1.入社 2.収入減 3.出生 4.退職 5.雇用保険受給終了 6.その他（　）	令和　年　月　日	＊令和　年　月　日
	マイナンバー（個人番号）								マイナ保険証	□有（資格確認書発行不可 ※2） □無（資格確認書発行要否 ※3　□ 発行が必要）			＊発行日（R　.　.　）

【添付書類】「被扶養者を申請するときの添付書類」を参照のうえ、必要書類をご提出ください

※1 マイナンバーは必ずご記入ください

※2 マイナ保険証での受診が困難で介助者等の第三者が要配慮者等に同行して資格確認を補助する必要がある場合等、マイナ保険証を保有しながら資格確認書を交付希望の場合は「資格確認書交付申請書」をご提出ください

※3 資格確認書の発行が必要な場合は「発行が必要」の□に✔を付してください。以下に該当の場合に限ります
- マイナンバーカードを取得していない方、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方、利用登録解除を申請した方、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方

※4 申請内容に不備があった場合は遡って扶養を取り消すとともに、その期間中の診療費を請求いたします

※5 社会通念上、申告額と生活実態が著しくかけ離れていると判断された場合は認定しないこともあります

＊健保記入欄（認定条件・認定期限等）	＊

社会保険労務士の代行者

受付日付印

(R6.12)

日本製鉄健康保険組合