個人番号	資格確認書	お知らせ

受付日付印

健康保険 被扶養者異動届

常務理事	事務長		係

＜ 被扶養者を申請する ＞

健康保険の記号「3」の方は健保組合へ提出
健康保険の記号「7～5010」の方は各事業会社の人事部門へ提出

被保険者(あなた)について、太枠内に記入してください

健康保険の記号番号	記号	番号	被保険者の氏名		性別	資格取得日(入社日)	事業所名称 および 代表者名
			生年月日	S ・ H 年 月 日	男 女	S ・ H ・ R	
所属事業所(連絡先)	株式会社 支店 部 課 所属TEL ( ) 会社携帯 ( ) ※休職中の方は 個人用携帯・自宅TELを記入		被保険者の住所	〒			提 出 日 令和 年 月 日

今回、申請する被扶養者(家族)について、太枠内に記入してください

被扶養者氏名 被扶養者の個人番号(マイナンバー)	性別	続柄 記載に「子」は不可※	生年月日	年齢	住所	住居	被扶養者になった日	理由	資格確認書の交付を希望する場合は☑	健保記入欄 認定日
フリガナ	男 女		S ・ H ・ R	歳	〒	同居 別居	R		☐	R
フリガナ	男 女		S ・ H ・ R	歳	〒	同居 別居	R		☐	R
フリガナ	男 女		S ・ H ・ R	歳	〒	同居 別居	R		☐	R
フリガナ	男 女		S ・ H ・ R	歳	〒	同居 別居	R		☐	R

フリガナは丁寧に記入してください　※続柄は夫・妻・長男・長女等の名称で記入してください