

健康保険被扶養者（異動）届【認定】

常務理事	事務長	担当者

「健保マイポータル」の登録が必要です。申請前に登録状況をご確認ください。

被保険者欄	被保険者等記号	被保険者等番号	取得年月日	選択してください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	(フリガナ) 氏名(氏)		生年月日	選択してください	年	月	日			
	(名)		住所							

被扶養者として申請する者	1	氏名	(フリガナ) 氏名(氏)	(名)	生年月日	選択してください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		続柄	職業	収入(年取)	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合 〒 -					
	被扶養者とする理由		<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日(健保欄)		年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()						
	2	氏名	(フリガナ) 氏名(氏)	(名)	生年月日	選択してください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		続柄	職業	収入(年取)	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合 〒 -					
	被扶養者とする理由		<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日(健保欄)		年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()						
	3	氏名	(フリガナ) 氏名(氏)	(名)	生年月日	選択してください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		続柄	職業	収入(年取)	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合 〒 -					
	被扶養者とする理由		<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日(健保欄)		年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()						
	4	氏名	(フリガナ) 氏名(氏)	(名)	生年月日	選択してください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		続柄	職業	収入(年取)	万円	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	別居の場合 〒 -					
	被扶養者とする理由		<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日(健保欄)		年	月	日	
			<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()						

資格確認書の発行対象者の有無 ※マイナ保険証を保有していない方	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
------------------------------------	-----------------------------	------------------------------

※発行が必要な場合は『資格確認書交付申請書』の提出が必要です。

(申請先)在籍者は、**所属会社の人事・社会保険担当へ提出**となります。任意継続被保険者は、健保へ直接提出下さい。

事業所所在地	〒 -	提出日	年	月	日	受付年月日	年	月	日
事業所名称		上記の日付にて認定いたしました。							
事業主氏名									
電話番号	()								