

常務理事	事務長	部長	次長	課長	係長	主任	担当

健康保険被扶養者(異動)届

受付日付印

確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> この届出については、又は の要件を満たしたものである。 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 記載内容について誤りが無いが申請者本人に確認している。
-----	--

提出者記入欄	事業所記号	
	事業所所在地	〒〇〇〇 - 東京都葛飾区亀有 - -
	事業所名称	株式会社 商店
	事業主氏名	村越 健太
電話番号	03 (1234) 5678	
社会保険労務士記載欄		
氏名等		社会保険労務士

被保険者欄	被保険者証の番号	〇〇〇	氏名	(フリガナ) タケシタ タカシ (氏) 竹下 孝	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女
	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	住所	〒 - 東京都豊島区西巣鴨 - -				

被扶養者欄1	氏名	(フリガナ) タケシタ ナツミ (氏) 竹下 夏美	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女	続柄	例)長男・長女 妻	職業	パート
	個人番号(12桁)	(記載不要)		住所	1.同居 2.別居	住民票の住所	同左	都道府県	市区町村		
	認定年月日	9.令和	年 月 日	脱退年月日	9.令和	年 月 日	コード	回収区分	理由	就職したため R.O.O.O	資格確認書発行要否

被扶養者欄2	氏名	(フリガナ) (氏) (名) 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女	続柄	例)長男・長女 同左	職業	
	個人番号(12桁)			住所	1.同居 2.別居	住民票の住所	同左	都道府県	市区町村	
	認定年月日	9.令和	年 月 日	脱退年月日	9.令和	年 月 日	コード	回収区分	理由	資格確認書発行要否

被扶養者欄3	氏名	(フリガナ) (氏) (名) 生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年 月 日	性別	1.男 2.女	続柄	例)長男・長女 同左	職業	
	個人番号(12桁)			住所	1.同居 2.別居	住民票の住所	同左	都道府県	市区町村	
	認定年月日	9.令和	年 月 日	脱退年月日	9.令和	年 月 日	コード	回収区分	理由	資格確認書発行要否

【注意事項】

- ・(住民票に記載のある住所)において、と同じ住所でない場合は必ず住民票に記載のある市区町村の記入をしてください。
- ・日本国内に被扶養者の住民票がない場合は裏面の【国内居住要件の例外】の要件番号を確認していただき、該当する番号を備考欄に記入をしてください。
- ・資格確認書発行要否において、資格確認書の発行が必要な場合は「発行が必要」にチェックを入れてください。
 - ・マイナンバーカードを取得していない者、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者、利用登録解除を申請した者、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者

令和 年 月 日 提出

酒フーズ健康保険組合