

被扶養者
異動の別

☐ 加入
☐ 削除

健康保険 被扶養者(異動)届

常務理事

担当者

被保険者

被保険者の
記号・番号

被保険者 氏名

男 ・ 女

生 年 月 日

昭和
平成
令和

年

月

日

被保険者の
住民票住所

〒

—

☎

資格取得年月日

昭和
平成
令和

年

月

日

フリガナ

被扶養者 氏名

性別

生 年 月 日

続 柄

職 業

被扶養者になった日

被扶養者でなくなった日

収入

理 由

理 由

被扶養者 1

男・女

昭和
平成
令和

年

月

日

個人番号

令和

年

月

日

令和

年

月

日

円

(理由)

(理由)

同居・別居

被扶養者の
住民票住所

〒

—

(被保険者と住民票住所が同じ場合は記入不要)

被扶養者の
居所

〒

—

(住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)

資格確認書
発行要否

☐ 発行が必要

被扶養者 2

男・女

昭和
平成
令和

年

月

日

個人番号

令和

年

月

日

令和

年

月

日

円

(理由)

(理由)

同居・別居

被扶養者の
住民票住所

〒

—

(被保険者と住民票住所が同じ場合は記入不要)

被扶養者の
居所

〒

—

(住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)

資格確認書
発行要否

☐ 発行が必要

被扶養者 3

男・女

昭和
平成
令和

年

月

日

個人番号

令和

年

月

日

令和

年

月

日

円

(理由)

(理由)

同居・別居

被扶養者の
住民票住所

〒

—

(被保険者と住民票住所が同じ場合は記入不要)

被扶養者の
居所

〒

—

(住民票住所と居所が同じ場合は記入不要)

資格確認書
発行要否

☐ 発行が必要

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

注意事項

1.資格取得または異動のあったとき、5日以内に提出のこと

2.加入手続きの場合は個人番号を記入すること

3.扶養から除く場合は個人番号の記入不要

4.続柄欄には、夫・妻・長男・長女・父・母等と記入すること

5.資格確認書の発行が必要な場合(※)は、☐発行が必要に☒を入れること

※以下に該当する場合に限る

・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

藤倉コンポジット健康保険組合

認定日