【記入例】

健康保険被扶養者(異動)届

マイナンバーは必ずご記入ください

常務理事	事務長		担当者

被保険者等 記号・番号	記号 100	番号 1234567	被保険者 氏名と印 大暖 太郎	フリガナ ダイダン タロウ	被保険者 生年月日 昭平令 ** ** *	年 月 日	被保険者 現住所 〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町**-**			
フリガナ 被扶養者氏名	性別	被扶養者の生年月日	続柄※1	職業等	収入月額	同居 別居 の別	扶養し始めた日 扶養しなくなった日 ()内は同居した日	事由	当健康保険組合が 認定(削除)した日	
被扶養者の住民票住所			被扶養者の現住所							
被扶養者となる者	フリガナ ダイダン ハナコ	1. 男 2. 女	昭平令 ** ** *	年 月 日	妻 ※2	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他	0	同居 別居	1. 出生 2. 離職 3. 収入減 4. 同居 5. その他	年 月 日
住民票住所	〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇〇**丁目**番地			現住所	〒***-**** 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町**-**			資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	
被扶養者から 除く者	フリガナ	1. 男 2. 女	昭平令	年 月 日	1. 無職 2. パート 3. 年金受給者 4. 学生 5. その他			1. 出生	年 月 日	
住民票住所	〒			現住所	〒			資格確認書 発行要否	☐ 発行が必要	
1. 男 2. 女	昭平令	年 月 日						1. 死亡 2. 就職 3. 収入増加 4. 75歳到達 5. その他	年 月 日	

住民票住所と現住所が異なる場合は、どちらもご記入ください
同じ場合は、住民票住所のみで結構です

以下の場合、「資格確認書」の発行が必要となりますので、
□に✓をお願いします

- ・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を返納した者
- ・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

※押印は省略可能ですが、署名や記名は必要です。被保険者が押印省略した際は、事業主は必ず被保険者本人が届出を行ったものであることを確認のうえ、以下の確認欄の□に✓をお願いします。

【確認欄】

- この届出については、以下の①または②の要件を満たしたものである。
 - ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。
 - ② 記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

- ※1. 続柄は妻・長男・二女・養子・実父・義母など詳しく書いてください
- ※2. 事業主が戸籍謄本等により、続柄を確認した場合には、□に✓を付してください

事業所所在地	〒
事業所名称	事業主の証明が必要です
事業主氏名	Ⓜ
電話番号	()

年 月 日
ダイダン健康保険組合 殿

ダイダン健康保険組合受付印