

正

健康保険被扶養者（異動）届（兼 資格確認書交付申請書）

令和 年 月 日 提出

宣誓：私の家族を健康保険の被扶養者として申請するにあたり、事実に基づいており虚偽が無いことを申し出ます。事実と異なる事象が判明した場合は、扶養認定日に遡って扶養削除することに同意し、使用した保険診療分を返還します。

Table with columns for 決裁 (Decision) and 担当者 (Responsible Person), including 常務理事 (Executive Director), 事務長 (Manager), and 担当者 (Responsible Person).

Main form section containing personal information of the insured person, including 記号番号 (Identification Number), 氏名 (Name), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 昭・令平 (Era/Year), 個人番号 (12桁) (Personal Number), 住所 (Residence), 住民票 (Residence Register), 資格取得年月日 (Date of Qualification), and 被保険者の年間収入 (見込額) (Estimated Annual Income of Insured Person).

Table listing dependent persons (被扶養者) with columns for 氏名 (Name), 性別 (Gender), 生年月日 (Date of Birth), 続柄 (Relationship), 職業 (Occupation), 年間収入見込 (Estimated Annual Income), 同居別居の別 (Separate Residence Status), 扶養開始または終了の理由 (Reason for Start/End of Support), 扶養開始または終了の年月日 (Date of Start/End of Support), 資格確認書の発行 (Issuance of Qualification Confirmation Certificate), and 居所 (住所) (Residence).

Form section for 事業所所在地 (Business Office Location), 事業所名称 (Business Office Name), 事業主氏名 (Business Owner Name), and 電話番号 (Phone Number).

令和 年 月 日

受付日付印 (Receipt Date Stamp)

H. U. グループ健康保険組合理事長 (H. U. Group Health Insurance Committee Chairman)

- 注意事項 (Notes): 1. 健康保険組合へ被扶養者の異動を申請するときは、被保険者が本人確認を行ったうえで個人番号(マイナンバー-12桁)を必ず記入してください(但し扶養開始時のみ)。 2. 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「二男」、「長女」、「二女」、「祖父」、「祖母」など、詳細に記入してください。 3. 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、義務教育卒業以上の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。 4. 年間収入見込欄には非課税対象となる収入(交通費や障害年金、遺族年金)や、傷病手当金、失業給付等も含めて記入してください。 5. 理由欄には扶養になった或いはなくなった理由として、結婚、出生、失業、養子縁組、就職、収入増、後期高齢者該当、死亡等、事実を具体的に記入してください。 6. 資格確認書は扶養開始において、下記の理由に限り発行します。該当する場合は、資格確認書発行欄の理由番号を○で囲んでください。 【発行理由】①マイナンバーカードを紛失した ②マイナンバーカードの更新手続中 ③マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要 ④マイナンバーカードを作っていない ⑤マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない ⑥マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている ⑦マイナンバーカードを返納した



健康保険被扶養者（異動）届（兼 資格確認書交付申請書）

令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	記号 番号	氏名	男・女	生年月日	昭・令 平	年	月	日		
	住所 住民票	〒			住所	住民票と同じ(☑) 【住民票と異なる場合は記入】				
	資格取得年月日	昭・令 平	年	月	日	この届出を出す際の 標準報酬月額	千円	被保険者の年間収入 (見込額)	円	

氏名	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入 見込	同居 別居 の別	扶養開始または 終了の理由	扶養開始または終了の 年月日(健保決定欄)	資格確認書 の発行	居所(住民票と異なる場合は記入)	
										必要・不要 ※必要な理由 1・2・3・4 5・6・7	住民票と 同じ☑
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日 ( 歳)			円 年金受給(有・無)	同・別	始・終	年 月 日	必要・不要 ※必要な理由 1・2・3・4 5・6・7	住民票と 同じ☑	〒
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日 ( 歳)			円 年金受給(有・無)	同・別	始・終	年 月 日	必要・不要 ※必要な理由 1・2・3・4 5・6・7	住民票と 同じ☑	〒
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日 ( 歳)			円 年金受給(有・無)	同・別	始・終	年 月 日	必要・不要 ※必要な理由 1・2・3・4 5・6・7	住民票と 同じ☑	〒
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日 ( 歳)			円 年金受給(有・無)	同・別	始・終	年 月 日	必要・不要 ※必要な理由 1・2・3・4 5・6・7	住民票と 同じ☑	〒

上記のとおり(認定・削除)しましたので通知します。

受付日付印

〒

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話番号

令和 年 月 日  
H.U.グループ健康保険組合理事長

- 注意事項
- 健康保険組合へ被扶養者の異動を申請するときは、被保険者が本人確認を行ったうえで**個人番号(マイナンバー)**を必ず記入してください(但し扶養開始時のみ)。
  - 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「二男」、「長女」、「二女」、「祖父」、「祖母」など、詳細に記入してください。
  - 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、義務教育卒業以上の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
  - 年間収入見込欄には非課税対象となる収入(交通費や障害年金、遺族年金)や、傷病手当金、失業給付等も含めて記入してください。
  - 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、養子縁組、就職、収入増、後期高齢者該当、死亡等、事実を具体的に記入してください。
  - 資格確認書は扶養開始において、下記の理由に限り発行します。該当する場合は、資格確認書発行欄の理由番号を○で囲んでください。  
【発行理由】①マイナンバーカードを紛失した ②マイナンバーカードの更新手続中 ③マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要 ④マイナンバーカードを作っていない ⑤マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていない ⑥マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている ⑦マイナンバーカードを返納した