

任意継続被保険者
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。

決 裁			
常務理事	事務長		担当者

被 保 険 者	記号 番号	6	氏名		男・女	生年 月日	昭・令 平	年	月	日	個人番号 (12桁)				
	住所 住民票	〒	—			居所	住民票と同じ <input checked="" type="checkbox"/>	【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				

被 扶 養 者	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)	
											住民票と 同じ <input type="checkbox"/>	個人番号 (扶養開始時のみ記入)
(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 <input type="checkbox"/>	〒 個人番号
(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 <input type="checkbox"/>	〒 個人番号
(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 <input type="checkbox"/>	〒 個人番号
(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 <input type="checkbox"/>	〒 個人番号

令和 年 月 日

受付日付印

H.U. グループ健康保険組合理事長

(注意事項)

- ※印欄は記入しないでください。
- 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-12桁)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