

【削除の場合】
削除する被扶養者の資格確認書が交付されているときは、「資格確認書」を添付してください。

記入例

健康保険 被扶養者(異動)届

処 理 伺	令和	年	月	日
常務理事	事務局長	課 長	課長補佐	担当者

※被扶養者追加の場合は、個人番号の記入を忘れずをお願いします。

被保険者 記号・番号	被 保 険 者 氏 名	被保険者生年月日	性別	資格取得年月日	標準報酬 月 額
9 0 0 0 1 2 3 4	氏名 健保 次郎	昭和 年 月 日 平成 6 0 1 1 2 2	男 女	昭和 年 月 日 平成 0 7 1 1 0 1 令和	千円
被保険者の 住民票住所	〒 111 - 2222 東京都豊島区北池袋〇-〇〇-〇〇 〇〇ハイツ 101号室 電話 090 - 3333 - 3333			備 考	

増減 の 区別	フリガナ 被扶養者氏名	被扶養者生年月日	性別	続柄	被扶養者になった日	被扶養者から除かれた日	職 業 ・ 収入(年収)	被扶養者になった理由 ・ 被扶養者から除かれた理由
増・減	ケンボ ハナコ 健保 花子	昭和 年 月 日 平成 0 1 1 2 1 2 令和	男 女	妻	年 月 日 0 7 1 1 0 1	年 月 日	無職 0 円	取得と同時に・出生・婚姻 離職・収入減・その他() 就職・死亡・離婚 収入増・その他()
	個人番号 (マイナンバー)	9 9 9 9 9 9 9 9	同居・別居 の区別	同居・別居				
	被扶養者の住民票住所 (被保険者と同じ場合は不要)	〒 - 居住地が住民票住所と異なる場合は 居住地を右欄にご記入ください。						
増・減	ケンボ ケンジ 健保 健治	昭和 年 月 日 平成 2 5 1 0 1 0 令和	男 女	長男	年 月 日 0 7 1 1 0 1	年 月 日	小学生 0 円	取得と同時に・出生・婚姻 離職・収入減・その他() 就職・死亡・離婚 収入増・その他()
	個人番号 (マイナンバー)	5 5 5 5 5 5 5 5	同居・別居 の区別	同居・別居				
	被扶養者の住民票住所 (被保険者と同じ場合は不要)	〒 - 居住地が住民票住所と異なる場合は 居住地を右欄にご記入ください。						
増・減	ケンボ ヨシコ 健保 良子	昭和 年 月 日 平成 3 0 1 0 1 0 令和	男 女	母	年 月 日 0 7 1 1 0 1	年 月 日	無職 年金受給 900,000 円	取得と同時に・出生・婚姻 離職・収入減・その他() 就職・死亡・離婚 収入増・その他()
	個人番号 (マイナンバー)	7 7 7 7 7 7 7 7	同居・別居 の区別	同居・別居				
	被扶養者の住民票住所 (被保険者と同じ場合は不要)	〒 333-3333 茨城県水戸市大塚町△-△-△ 居住地が住民票住所と異なる場合は 居住地を右欄にご記入ください。						

★資格確認書の取扱い：以下に該当する場合に限り発行いたします。
・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
・マイナンバーカード更新手続き中の者、マイナンバーカード紛失者
※マイナ保険証利用登録者は発行されません。

令和 年 月 日 提出 東京都歯科健康保険組合

受付日付印