

健康保険被扶養者(異動)届

令和 6 年 12 月 6 日 提出

被保険者欄	被保険者等記号番号	記号 10	番号 24680	フリガナ 氏名(自署) 日板 佑都	ニチイタ ユウト	資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要	性別 男 女	所属事業所 日本板硝子(株) 東京本社	生年月日 昭・平・令 2 年 7 月 8 日生
	資格取得年月日	昭・平・令 31 年 3 月 11 日		住所 〒 108 - 0073 東京都港区三田3-2-1-1309			公費負担の有無... 有・無 種類 ()		

続柄	氏名	性別	生年月日	収入の有無	同居・別居の別	住所 (別居の場合は記入)	資格確認書発行要否
長男	フリガナ ニチイタ ケント 日板 健都	男 女	昭・平・令 6 年 12 月 2 日	有・無 有	同居・別居 同居	〒 - ※ 同居の場合は記入不要	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要
個人番号(12ケタ) ※記入例を参照ください。				年金受給の有無	公費負担の有無 (有・無)、種類...該当するものに○印		
※ この欄は事業主が記入します。				有・無 有	1. 乳幼児(子ども)医療、 2. 心身障害者(児)医療、 3. 特定医療費(指定難病)等、 4. ひとり親家庭等、 5. その他()		
続柄	氏名	性別	生年月日	収入の有無	同居・別居の別	住所 (別居の場合は記入)	資格確認書発行要否
	フリガナ	男・女	昭・平・令 年 月 日	有・無	同居・別居	〒 -	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要
個人番号(12ケタ) ※記入例を参照ください。				年金受給の有無	公費負担の有無 (有・無)、種類...該当するものに○印		
				有・無	1. 乳幼児(子ども)医療、 2. 心身障害者(児)医療、 3. 特定医療費(指定難病)等、 4. ひとり親家庭等、 5. その他()		
続柄	氏名	性別	生年月日	収入の有無	同居・別居の別	住所 (別居の場合は記入)	資格確認書発行要否
	フリガナ	男・女	昭・平・令 年 月 日	有・無	同居・別居	〒 -	<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※別途、申請書が必要
個人番号(12ケタ) ※記入例を参照ください。				年金受給の有無	公費負担の有無 (有・無)、種類...該当するものに○印		
				有・無	1. 乳幼児(子ども)医療、 2. 心身障害者(児)医療、 3. 特定医療費(指定難病)等、 4. ひとり親家庭等、 5. その他()		

被扶養者として届出る者

申請理由...該当するものに○印を付け、日付などを記入してください。

〔追加〕	〔削除〕
1. 被保険者の入社	1. 就職 (資格取得日 令和 年 月 日)
2. 出生	2. 勤務先社保加入 (資格取得日 令和 年 月 日)
3. その他	3. 収入限度額超過
()	4. 死亡 (死亡日 令和 年 月 日)
	5. 離婚 (令和 年 月 日届出)
	6. その他 ()

認定年月日	令和 年 月 日	受付印
削除年月日	令和 年 月 日	
公費等登録年月日	令和 年 月 日	

常務理事	担当者	事業所担当者

〔注意事項〕 ・黒ボールペンで記入してください。被保険者氏名欄を自署していないものは受付できません。
・18歳以上の被扶養者申請には、別に被扶養者現況届および証明書類を添付してください。