

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	番 号	フリガナ	ニチイタ ケンジ	資格確認書発行要否 □ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	性別	所 属 事業所	日本板硝子(株) 千葉事業所
		10	12345	氏 名 (自署)	日 板 健 治		男	生年月日	
	資 格 取 得 年 月 日	昭平・令 4 年 4 月 1 日	住 所	〒 299 - 0111 千葉県市原市姉崎 123-4-205				公費負担の有無・・・有・無 種類 ()	

被 扶 養 者 と し て 届 出 る 者	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 女	フリガナ ニチイタ マユ	男	昭平・令	有・無	同居・別居	〒 - ※ 記入不要	□ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	
		日板 茉優	女	13 年 6 月 25 日					
	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		
	※ 記入不要					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	昭平・令	有・無	同居・別居	〒 -	□ 発行が必要 ※別途、申請書が必要	
			女	年 月 日					
	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	昭平・令	有・無	同居・別居	〒 -	□ 発行が必要 ※別途、申請書が必要		
		女	年 月 日						
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()			

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〕
1. 被保険者の入社
2. 出生
3. その他
()

〔削除〕
① 就職 (資格取得日 令和 6 年 12 月 1 日)
2. 勤務先社保加入 (資格取得日 令和 年 月 日)
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。