

健 保 組 合	
取 扱	再 査

健保被扶養者異動（認定）届（漢字用）

識別
39

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

※必要書類は、「申請理由別添付書類一覧」を確認ください。

記号	健康保険番号	氏名コード	被 保 険 者 氏 名	配 偶 者 の 有 無	無しの場合、その理由 ・未婚 ・離婚（年 月） ・死亡（年 月） ・その他	医 療 助 成 有 無
11111	1234567	0123456	日 生 太 郎	有		有

(ひとり親家庭・重度身体障害者・子ども等市区町村の医療助成を受けている場合は「医療費助成受給者証」(写)の添付が必要) ←

※氏名は、楷書で正確・鮮明に記入してください。

(昭和:S、平成:H、令和:R) ←

(男性-1、女性-2) ←

被扶養者に申請する者の漢字氏名（姓と名の間は1桁あけて記入する）												生 年 月 日				性 別	個人番号 (記入後、専用のマスキングシールを貼ってください)																
日 生 花 子												41	42	43	44	45	46	47	48	49	男	S 5 8 0 5 0 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3											
被扶養者に申請する者のカナ氏名（姓名間1プラック、濁点・半濁点は1字として扱うこと）												住所(住民票記載通りに都道府県より記入)																					
ニッセイ ハナコ												郵便番号: 5 4 1 - 8 5 0 1 大阪 都道府県 大阪 市 都 中央区今橋3丁目5番12号																					
続柄	妻	職業	パート	被保険者と同居・別居	同居	別居	収入有無	有	無	収入の種類	パート	収入の金額	9	万円/月	医療助成有無																		

・住所は必ず都道府県より記入ください
・住民票記載の番地が3丁目5番12号である場合、3-5-12とハイフンで省略せず、住民票どおりに記入してください

マイナ保険証を持っている方で(※)に該当する場合のみチェックしてください。発行が必要な場合は、「資格確認書交付申請書」の提出が必要です。

被扶養者に申請する者の漢字氏名（姓と名の間は1桁あけて記入する）												生 年 月 日				性 別	個人番号 (記入後、専用のマスキングシールを貼ってください)																
日 生 一 郎												41	42	43	44	45	46	47	48	49	男	2 3 6 7 1 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 4											
被扶養者に申請する者のカナ氏名（姓名間1プラック、濁点・半濁点は1字として扱うこと）												住所(住民票記載通りに都道府県より記入)																					
ニッセイ イチロウ												郵便番号: 5 4 1 - 8 5 0 1 大阪 都道府県 大阪 市 都 中央区今橋3丁目5番12号																					
資格確認書発行要否(※)												本人申請対象者> マイナンバーカードを紛失した マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者等が要配慮者等と同行して資格確認を補助する必要がある者 本人申請対象者のみ口にレ点チェックし、別途「資格確認書交付申請書」の添付が必要 職権交付対象者(マイナンバーカード未取得者・マイナンバーカードを取得するも健康保険証の利用登録を行っていない者)については、「資格確認書」を自動発行するため、口にレ点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付も不要																					
発行が必要												続柄	長男	職業	ニッセイ小学校	被保険者と同居・別居	同居	別居	収入有無	有	無	収入の種類		収入の金額		医療助成有無							

日本生命の本店・東京本部在籍者は自身の「所属名・所属長名」を記入してください。

事業所記入欄	事業所名称 (日本生命の本店・本部所属は被保険者の所属名)	事業主氏名 (日本生命の本店・本部所属は役職・所属長名)	所属コード ※日本生命のみ記入要

申請日