

健 保 組 合	
取 扱	再 査

## 健保被扶養者異動（認定）届（漢字用）

識別
3 9

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 ( 年 月 )	医療助成有無
1 4 5 11						

(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)															
												年号 年 月 日				年 月 日																	
被扶養者に申請する者のカナ氏名（姓名間1プランク、濁点・半濁点は1字として扱うこと）												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																	
50												74				<input type="checkbox"/> 発行が必要																	
郵便番号				住民票の住所(住民票記載通りに都道府県より記入)														健保 処理 欄		認定 区分		認 定 年 月 日						続柄 コード		続柄 枝番		発行 区分	
																						年号 年 月 日											
続柄		職業		被保険者と 同居・別居		収入 有無		収入の 種類		収入の 金額		万円/月		医療助 成有無		75		76		77		83		85		86							
														R																			

(在学中の者は学校名)

(アルバイト・年金等)

有の場合は「医療費助成受給者証」(写)を添付

(義父母・長男・長女等の区分を明記)

(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)															
												年号 年 月 日				年 月 日																	
被扶養者に申請する者のカナ氏名（姓名間1プランク、濁点・半濁点は1字として扱うこと）												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																	
50												74				<input type="checkbox"/> 発行が必要																	
郵便番号				住民票の住所(住民票記載通りに都道府県より記入)														健保 処理 欄		認定 区分		認 定 年 月 日						続柄 コード		続柄 枝番		発行 区分	
																						年号 年 月 日											
続柄		職業		被保険者と 同居・別居		収入 有無		収入の 種類		収入の 金額		万円/月		医療助 成有無		75		76		77		83		85		86							
														R																			

(在学中の者は学校名)

(アルバイト・年金等)

有の場合は「医療費助成受給者証」(写)を添付

(義父母・長男・長女等の区分を明記)

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