

【任継・特退】被扶養者異動(認定)届

健保組合	
担当	再査

■被保険者が太枠内の該当項目について完記し、必要書類を添付の上提出してください。

また、別途、市区町村の医療助成により医療機関窓口で自己負担の医療免除を受けている該当者については市区町村の「医療助成受給者証」(写)を添付してください。

記号・番号は、[マイナポータル]アプリでご確認ください

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

記号	番号	被保険者氏名	配偶者の有無	住所	〒	都道府県	郡市	電話番号
			1. 有 2. 無					

<被扶養者>

長男・長女・実父母・義父母等の区分を明記

フリガナ		生年月日	S H R	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	同居区分	1. 同居 2. 別居	配偶者の有無	1. 有 2. 無	医療助成受給の有無	1. 有 2. 無	個人番号						
漢字氏名																						
収入	0. 収入なし 1. 各種年金収入 2. その他収入 3. 各種年金収入+その他収入	収入の金額	年収額を記入	円	住民票の住所 (都道府県より記入)	〒																
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に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□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、□にレ点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付は不要														健保処理欄	認定日	R	年	月	日	認定区分	
<input type="checkbox"/> 発行が必要																						

<被扶養者>

フリガナ		生年月日	S H R	年	月	日	性別	1. 男 2. 女	続柄	同居区分	1. 同居 2. 別居	配偶者の有無	1. 有 2. 無	医療助成受給の有無	1. 有 2. 無	個人番号					
漢字氏名																					
収入	0. 収入なし 1. 各種年金収入 2. その他収入 3. 各種年金収入+その他収入	収入の金額	年収額を記入	円	住民票の住所 (都道府県より記入)	〒															
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に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□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、□にレ点チェック不要・「資格確認書交付申請書」の添付は不要														健保処理欄	認定日	R	年	月	日	認定区分
<input type="checkbox"/> 発行が必要																					

※認定区分

1. 離職認定
2. 扶養変更認定
3. 結婚認定
4. 所得限度内
5. 本人取得
6. 認定
7. 出生認定
8. 後期非該当