

## 特例退職被扶養者異動(認定)届

健保組合	
担当	再査

■太枠内の該当項目について完記し、必要添付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)をご提出ください。

申請日	年 月 日							
被保険者記号・番号		被保険者氏名	配偶者の有無	〒	都 道 府 県	郡 市	電話番号	— —
記号	番号							
6 1 0 0			1. 有 2. 無					

√ 長男・長女・実父母・義父母等の区分を明記

続柄	漢字氏名 (姓・名間は1文字あける)				カナ氏名 (姓・名間は1文字あける)			
住民票の住所 (都道府県より記入)	〒 —							
生年月日			性別	配偶者の有無	収入について		同居区分	医療助成受給の有無
元号	年	月			日	0. 収入なし		
昭和 平成 令和				1. 男 2. 女	1. 有 2. 無	2. その他収入	1. 非居住	2. 無
					3. 各種年金収入+その他収入			

個人番号			
健保処理欄			
認定日		認定区分※	
元号	年	月	日

続柄	漢字氏名 (姓・名間は1文字あける)				カナ氏名 (姓・名間は1文字あける)			
住民票の住所 (都道府県より記入)	〒 —							
生年月日			性別	配偶者の有無	収入について		同居区分	医療助成受給の有無
元号	年	月			日	0. 収入なし		
昭和 平成 令和				1. 男 2. 女	1. 有 2. 無	2. その他収入	1. 非居住	2. 無
					3. 各種年金収入+その他収入			

個人番号			
健保処理欄			
認定日		認定区分※	
元号	年	月	日

※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

<個人番号の利用目的>

当組合は被保険者及び被扶養者の個人番号を番号法別表1の第2項「健康保険法による保険給付支給又は保険料等の徴収に関する事務」において適用給付および徴収業務で利用します。