

常務理事	事務長	事務長補佐	係長(主査)	係

健康保険

# 被扶養者届(異動届) (増・減)

令和 年 月 日

被保険者欄	記号 採用日	4045	氏名		男・女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生	
	番号		資格取得年月日	令和	年	月	日	標準報酬月額	※ 千円		
	勤務する事業所の名称		住民票住所		都道府県						
	独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院		居所住所 住民票と異なる場合のみ		都道府県						
「子」の続柄は、「長男」「二男」「長女」「二女」等、詳しく記入		個人番号 生年月日	続柄	職業	月平均 収入額	(増の場合) 扶養し始めた事由 と年月日	扶	住民票の記載通りの住所を記入。 丁目・番地を省略しない			
被扶養者欄 1	住民票住所	都道府県						資格確認書 発行要否	必要 <input type="checkbox"/>	(理由番号) 裏面から選択	
	居所住所 住民票と異なる場合のみ	都道府県									
被扶養者欄 2	(フリガナ)	男									
	以下事由に該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> <li>1 : マイナンバーカードを紛失したため</li> <li>2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため</li> <li>3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため</li> <li>4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため</li> <li>5 : マイナンバーカードを作っていないため</li> <li>6 : マイナンバーカードを返納したため</li> <li>7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため</li> </ul>								
被扶養者欄 3	「パート」「家事従事」「大学〇年」等、詳しく記入								資格確認書 発行要否	必要 <input type="checkbox"/>	(理由番号) 裏面から選択
	居所住所 住民票と異なる場合のみ	都道府県									

(裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。)

扶養事情書 (A) ・ 扶養事情書 (B) もあわせて提出

受付日付印