

健康保険
被扶養者異動届（追加）

令和 6 年 12 月 5 日提出

常務理事	事務長	課長	合議	担当
標準報酬月額：			特定被保険者該当：	

事業主記入欄	事業所所在地	〒 123 - 4567 滋賀県〇〇市〇〇町〇-〇
	事業所名称	〇〇農業協同組合
	事業主氏名	代表理事理事長〇〇 〇〇
	電話番号	1234 - 56 - 8900
確認欄	この届出については、①又は②の条件を満たしたものである。 ☒ ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ②記載内容に誤りがないか申請者本人が確認している。	

確認決定印	受付印
-------	-----

被保険者より事業所担当者へ提出がありましたら、必ず記載内容の確認をお願いします。誤字・脱字・記入漏れがあると返戻となり、オンライン資格確認等システムへの反映が遅くなり、その間医療機関にかかられた場合に資格が確認できません。記載内容や添付書類に不備がなければ、事業所記入欄の確認欄に☒をして提出してください。

被保険者	被保険者等記号番号	1234 500	記号番号が分からない場合は個人番号を記入してください。	※記載の場合は添付書	氏名	伊吹 一郎	性別	☒ 1. 男 2. 女
	生年月日	☒ 5. 昭 38 年 10 月 28 日 7. 平	住所	〒 122 - 1221 滋賀県〇〇郡〇〇町〇〇番地	取得年月日	5. 昭 6 年 12 月 1 日 7. 平 9. 令		

* 日本国内に被扶養者の住民票がない場合は、裏面の要件を確認いただき、該当する番号を備考欄に記載してください。

扶養申請者 1	① 氏名	(フリガナ) イブキ セツコ 伊吹 節子	② 生年月日	☒ 5. 昭 40 年 5 月 30 日 7. 平 9. 令	③ 性別	☒ 1. 男 2. 女	④ 続柄	妻
	⑤ 住所	☒ 1. 同居 (省略可) 2. 別居	〒 -	⑥ 個人番号	1 3 5 7 9 2 4 6 8 0 9 1			
	⑦ 職業/学年	パート	⑧ 年間収入	100万 円	⑨ 申請理由が生じた日	令和 6 年 12 月 1 日	⑩ 被扶養者となる理由	1. 出生 2. 結婚 ☒ 3. 被保険者採用 4. 離職 5. 失業給付受給終了 ()
	⑪ 資格確認書発行	☒ 発行が必要 ※裏面「記入上の注意」に記載の要件に該当する場合に限ります。		扶養認定日 (健保使用欄)				

裏面の要件に該当し、資格確認書の発行を希望する方は、☒を入れてください。

扶養申請者 2	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	③ 性別	☐ 1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 住所	個人番号は必ず記載してください。個人番号の届出がない場合は、マイナ保険証が利用できません。（出生児で個人番号が分からない場合は後日届出ください）		⑥ 個人番号				
	⑦ 職業/学年		⑧ 年間収入		⑨ 申請理由が生じた日	令和 年 月 日	⑩ 被扶養者となる理由	1. 出生 2. 結婚 3. 被保険者採用 4. 離職 5. 失業給付受給終了 6. その他 ()
	⑪ 資格確認書発行	☐ 発行が必要 ※裏面「記入上の注意」に記載の要件に該当する場合に限ります。		扶養認定日 (健保使用欄)				

扶養申請者 3	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭 年 月 日 7. 平 9. 令	③ 性別	☐ 1. 男 2. 女	④ 続柄	
	⑤ 住所	1. 同居 (省略可) 2. 別居	〒 -	⑥ 個人番号				
	⑦ 職業/学年		⑧ 年間収入		⑨ 申請理由が生じた日	令和 年 月 日	⑩ 被扶養者となる理由	1. 出生 2. 結婚 3. 被保険者採用 4. 離職 5. 失業給付受給終了 6. その他 ()
	⑪ 資格確認書発行	☐ 発行が必要 ※裏面「記入上の注意」に記載の要件に該当する場合に限ります。		扶養認定日 (健保使用欄)				