健康保険被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	課長	係

被保険者欄

被保険者整理番号			生年月日	5.昭和 7.平成	年	月	日	標準報酬月額	千円				
氏名	(フリガナ)			取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
	(氏)	(名)											
住民票住所	〒　　－			備考									
居所	〒　　－												

被扶養者欄

氏名	(フリガナ)			増減別	増・減								
	(氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
個人番号(マイナンバー)	※必ずご記入ください			性別	男・女	続柄		職業及び収入					
住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合　〒　　－		※認定日	※健保組合記入欄	※削除日	※健保組合記入欄						
理由		備考		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	発行理由 ※裏面を参照 該当する項目を○で囲んでください ア・イ・ウ・エ・オ							

被扶養者欄

氏名	(フリガナ)			増減別	増・減								
	(氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
個人番号(マイナンバー)	※必ずご記入ください			性別	男・女	続柄		職業及び収入					
住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合　〒　　－		※認定日	※健保組合記入欄	※削除日	※健保組合記入欄						
理由		備考		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	発行理由 ※裏面を参照 該当する項目を○で囲んでください ア・イ・ウ・エ・オ							

被扶養者欄

氏名	(フリガナ)			増減別	増・減								
	(氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
個人番号(マイナンバー)	※必ずご記入ください			性別	男・女	続柄		職業及び収入					
住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合　〒　　－		※認定日	※健保組合記入欄	※削除日	※健保組合記入欄						
理由		備考		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	発行理由 ※裏面を参照 該当する項目を○で囲んでください ア・イ・ウ・エ・オ							

被扶養者欄

氏名	(フリガナ)			増減別	増・減								
	(氏)	(名)		生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日					
個人番号(マイナンバー)	※必ずご記入ください			性別	男・女	続柄		職業及び収入					
住民票住所	1.同居 2.別居	別居の場合　〒　　－		※認定日	※健保組合記入欄	※削除日	※健保組合記入欄						
理由		備考		資格確認書発行要否	□ 発行が必要	発行理由 ※裏面を参照 該当する項目を○で囲んでください ア・イ・ウ・エ・オ							

令和　　年　　月　　日 提出

受付年月日

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(　　)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

神奈川県電設健康保険組合

記入方法

〇被保険者欄

・被保険者整理番号　：資格取得時に払い出しされた被保険者整理番号をご記入ください。被保険者資格取得届と同時に提出する場合は記入不要です。

・氏名　：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。

・生年月日　：年号は該当するものを〇で囲んでください。

・住所　：住所は上段に住民票住所を、下段に居所を正確にご記入ください。（〇番地、〇号棟等を省略せずにご記入ください）

〇被扶養者欄

・氏名　：氏名は住民票に登録されているものと同じ氏名を記入してください。

・生年月日　：年号は該当するものを〇で囲んでください。

・性別　：該当する性別を〇で囲んでください。

・個人番号（マイナンバー）　：本人確認を行ったうえで、必ず個人番号（マイナンバー）をご記入ください。

・住所　：被保険者と同居または別居のいずれかを〇で囲み、同居の場合は住所記入は不要です。別居の場合は、住民票住所欄に住民票の住所を、「備考欄」に居所をご記入ください。住民票住所と居所が同じ場合は居所の記入は不要です。なお、海外居住者については、国内における協力者住所（親族、被保険者の勤務先住所等）を方書きも含めてご記入の上、「備考」欄に海外居住先の住所及び国内協力者が親族の場合は氏名及び続柄をご記入ください。

・備考　被扶養者情報に変更がある場合は、変更の内容とその理由をご記入ください。

・資格確認書発行要否　：資格確認書の発行が必要な場合は「□発行が必要」にチェックを入れてください。
また発行理由について表面に以下の該当する項目を〇で囲んでください。
以下に該当する場合に限ります。
ア．マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
イ．マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用者登録解除を申請した者、利用登録解除者
ウ．マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
エ．マイナンバーカードを紛失または更新中の者
オ．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者