

決	常務理事	事務長	担当
裁			

健康保険 被扶養者(異動)届

被 保 者 欄	被保険者等 記号・番号	記号 ○	番号 ○○○○○	被保険者の 氏名	健保 太郎	性 別	男	生年月日	昭和 平成	○○年 ○ 月 ○ 日
	従業員番号	○○○○○○		所属事業所 及び部署名	ヨドバシカメラ ○○店 ○○部 電話(内線)○○-○○○○-○○○○	取得年月日	平成 令和	○○年 ○ 月 ○ 日		
	被保険者 の住所	〒○○○-○○○○ ○○都 ○○区 ○○○ ○番地 ○号 マンション名 部屋番号 電話 ○○-○○○○-○○○○					報酬月額	※組合記入欄 千円		

異動の種類	フリガナ		性別	生年月日	続柄	職業 又は学年	年間収入	世帯の別	扶養をし始 めた日又はし なくなった日	※組合記入欄 扶養認定日 又は削除日		理由	資格確認書 交付要否
	氏	名								令和 年 月 日	令和 年 月 日		
増加 減少	ケンボ 健保	ハナコ 花子	男 女	昭和 平成 令	妻	パート	130万	同居 別居	令和 年 月 日	令和 年 月 日	被保険者入社 出生・結婚・退職・ 就職・死亡・その他 ()	<input type="checkbox"/> 交付要	
個人番号	○○○○○												
増加 減少	ケンボ 健保	イチロウ 一郎	男 女	昭和 平成 令	長男								
個人番号	○○○○○												
増加 減少			男 女	昭和 平成 令									
個人番号	○○○○○												

必ず個人番号を記入してください。
※未記入の場合、申請書をお返しします。

資格確認書の「交付要」に該当する方は以下の方に限ります。

★資格確認書を希望する場合は、必ずチェックを入れてください★

- ・マイナンバーカードを紛失した方・更新中の方
- ・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方
- ・マイナンバーカードを取得していない方
- ・マイナンバーカードは持っているが、健康保険証利用登録を行っていない方
- ・マイナ保険証の利用登録解除を申請した方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方
- ・マイナンバーカードの返納者

令和 ○ 年 ○ ○ 月 ○ 日 提出

ヨドバシカメラ健康保険組合理事長 殿

〈注意事

提出先
提出期限

・必ず個人

・資格確認書の発行が必要な場合は、「交付要」の口に✓を入れてください。
・マイナ保険証が医療機関等でご利用いただける方は、マイナ保険証をご利用ください。

受付日付印