認定

健康保険被扶養者（異動）届

決裁	年	月	日
常務理事	事務長	担当	担当

被保険者欄	被保険者等の記号		被保険者等の番号		生年月日	昭和 平成	年	月	日	この届出を出す際の標準報酬月額				
	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	千円				
	住民票の住所	〒								住民票の住所と居所が違う場合は居所もご記入ください。				
	居所	〒												

被扶養者欄1	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄				
					性別	男・女	職業		現在加入中の健康保険の有無	有・無				
	個人番号				年金受給の有無	有・無	年間収入額（年金含む年収）	円						
	認定日（健保記入欄）	令和	年	月	日	理由								
	住所 同居の場合は記入不要	〒	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否	□ 発行	発行が必要な場合は次に該当する者に限ります。【マイナンバーカードを取得していない者、返納者、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、利用登録解除申請者、解除者、電子証明書の有効期限切れの者】								

被扶養者欄2	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄				
					性別	男・女	職業		現在加入中の健康保険の有無	有・無				
	個人番号				年金受給の有無	有・無	年間収入額（年金含む年収）	円						
	認定日（健保記入欄）	令和	年	月	日	理由								
	住所 同居の場合は記入不要	〒	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否	□ 発行	発行が必要な場合は次に該当する者に限ります。【マイナンバーカードを取得していない者、返納者、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、利用登録解除申請者、解除者、電子証明書の有効期限切れの者】								

被扶養者欄3	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄				
					性別	男・女	職業		現在加入中の健康保険の有無	有・無				
	個人番号				年金受給の有無	有・無	年間収入額（年金含む年収）	円						
	認定日（健保記入欄）	令和	年	月	日	理由								
	住所 同居の場合は記入不要	〒	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否	□ 発行	発行が必要な場合は次に該当する者に限ります。【マイナンバーカードを取得していない者、返納者、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、利用登録解除申請者、解除者、電子証明書の有効期限切れの者】								

被扶養者欄4	氏名	（フリガナ） （氏）	（名）		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	続柄				
					性別	男・女	職業		現在加入中の健康保険の有無	有・無				
	個人番号				年金受給の有無	有・無	年間収入額（年金含む年収）	円						
	認定日（健保記入欄）	令和	年	月	日	理由								
	住所 同居の場合は記入不要	〒	1.同居 2.別居	資格確認書発行要否	□ 発行	発行が必要な場合は次に該当する者に限ります。【マイナンバーカードを取得していない者、返納者、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、利用登録解除申請者、解除者、電子証明書の有効期限切れの者】								

事業主欄	確認欄	
	□	この届出については、①または②の要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 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。
	令和　　年　　月　　日提出	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	

受付日付印

年　　月　　日

エア・ウォーター健康保険組合理事長

【2024/12/2改訂】