

事実発生日から原則5日以内に届出を！

\*医療機関の「オンライン資格確認システム」による資格確認実施のため、健康保険法施行規則が改正されマイナンバーを記載した届出を事実発生日から5日以内に提出することが義務化されました。

|      |     |    |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
|      |     |    |

## 健康保険被扶養者(異動)届

日野自動車健康保険組合 御中

|                       |       |                    |           |                                       |                    |          |
|-----------------------|-------|--------------------|-----------|---------------------------------------|--------------------|----------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄 | 記号    | 番号                 | 氏名        |                                       | 資格取得年月日<br>(入社年月日) |          |
|                       | 12 11 | 1234               | 健保 太郎     |                                       | 昭・平・令 6 年 4 月 1 日  |          |
|                       | 生年月日  | 昭・平・令 62 年 4 月 1 日 | 住民票<br>住所 | 〒 191-0001<br>東京都日野市〇〇町1-2-3 コーポ日野203 |                    |          |
|                       | 会社名   | 〇△□株式会社            |           | 所属                                    | 〇〇部△△課             | 内線<br>番号 |

▼ ☐ 追加 ・ ☒ 削除 どちらかに☑

|                       |            |                                         |                   |                      |                                                                                  |  |
|-----------------------|------------|-----------------------------------------|-------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 氏名         |                                         | 追加の場合記入           |                      | 削除の場合記入                                                                          |  |
|                       | (フリガナ) ケンボ |                                         | ハナコ               |                      | 削除の理由                                                                            |  |
|                       | (氏) 健保     |                                         | (名) 花子            |                      | 喪失証明書 <input type="checkbox"/> 希望する<br><input checked="" type="checkbox"/> 希望しない |  |
|                       | 続柄(*1)     | 性別                                      | 生年月日              |                      | 日野健保発行の<br>資格確認書有無                                                               |  |
|                       | 妻          | 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 | 昭・平・令 2 年 4 月 1 日 |                      | <input type="checkbox"/> 有(添付)<br><input checked="" type="checkbox"/> 無          |  |
| 住民票<br>住所             | 同上         | 〒                                       |                   | ※ 認定日 月 日<br>削除日 月 日 |                                                                                  |  |

被保険者の住民票住所と同じ場合、同上にチェックを入れてください。なお、その場合は住所の記入は不要です。(ほかの被扶養者欄においても同様)

▼ ☐ 追加 ・ ☐ 削除 どちらかに☑

|                       |        |     |                  |                          |                                                                       |  |
|-----------------------|--------|-----|------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 氏名     |     | 追加の場合記入          |                          | 削除の場合記入                                                               |  |
|                       | (フリガナ) |     | マイナンバー<br>(個人番号) |                          | 削除の理由                                                                 |  |
|                       | (氏)    |     | 別紙:<br>提供届を全員提出  |                          | 喪失証明書 <input type="checkbox"/> 希望する<br><input type="checkbox"/> 希望しない |  |
|                       | 続柄(*1) | 性別  | 生年月日             |                          | 日野健保発行の<br>資格確認書有無                                                    |  |
|                       |        | 男 女 | 昭・平・令 年 月 日      |                          | <input type="checkbox"/> 有(添付)<br><input type="checkbox"/> 無          |  |
| 住民票<br>住所             | 同上     | 〒   |                  | ※ 認定日 年 月 日<br>削除日 年 月 日 |                                                                       |  |

▼ ☐ 追加 ・ ☐ 削除 どちらかに☑

|                       |        |     |                  |                          |                                                                       |  |
|-----------------------|--------|-----|------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|
| 被<br>扶<br>養<br>者<br>欄 | 氏名     |     | 追加の場合記入          |                          | 削除の場合記入                                                               |  |
|                       | (フリガナ) |     | マイナンバー<br>(個人番号) |                          | 削除の理由                                                                 |  |
|                       | (氏)    |     | 別紙:<br>提供届を全員提出  |                          | 喪失証明書 <input type="checkbox"/> 希望する<br><input type="checkbox"/> 希望しない |  |
|                       | 続柄(*1) | 性別  | 生年月日             |                          | 日野健保発行の<br>資格確認書有無                                                    |  |
|                       |        | 男 女 | 昭・平・令 年 月 日      |                          | <input type="checkbox"/> 有(添付)<br><input type="checkbox"/> 無          |  |
| 住民票<br>住所             | 同上     | 〒   |                  | ※ 認定日 年 月 日<br>削除日 年 月 日 |                                                                       |  |

個人情報の保護について:この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

|           |                                                                                                        |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 記入上<br>注意 | (※1)被保険者との続柄は「妻・長女・養女・継子(女)・母・義母」等正確に記入して下さい。<br>(※2)資格確認書はやむを得ない理由によりマイナ保険証を持ってない場合、医療機関受診時に提示するものです。 |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|        |                                                |                                                                                                                            |
|--------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業主の証明 | 確認欄                                            | この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである<br>①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである。<br>②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。<br>(←事業主の証明により、押印を省略する場合は、☑) |
|        | <input type="checkbox"/>                       |                                                                                                                            |
|        | 事業主押印                                          |                                                                                                                            |
|        | 上記の通り相違ないことを証明します。<br>事業所所在地<br>事業所名称<br>事業主氏名 |                                                                                                                            |

受付日付印