記入例

トプコン健康保険組合		
常務理事	事務長	担　当

健　康　保　険　被　扶　養　者　（異　動）　届

被保険者提出日　2025　年　1　月　1　日

被保険者	事業所の名称	㈱トプコン			被保険者証の記号と番号	1055 1111
	氏　名	健康　太郎	生年月日		(昭)・平　50　年　1　月　1　日	
	住　所	東京都板橋区蓮沼町74－6				
	資格を取得した日	昭・(平)・令　20　年　1　月　1　日				

被扶養者について記入してください	(増)・減	フリガナ（ケンコウ ハナコ）健康　花子	生年月日	昭・(平)・令　50　年　1　月　1　日	性別	男・(女)	
	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	←被扶養者増のみ記入				
	被保険者との続柄	妻	職業	無職	被保険者との世帯別	(同世帯)・別世帯	
	住　所	別世帯の方記入願います。　**マイナ保険証を持っている方は✓不要です。**					
	資格確認書発行要否	発行が必要 □ ：資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「発行が必要」の□に✔を付してください。 ※以下に該当する場合に限ります。 ・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 ・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、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者					
	扶養（異動）の事由	退職のため	税法上の扶養家族で	(有)・無	年間収入	0　円	
	扶養されるようになった日	令和　5　年　1　月　1　日	※認定年月日	令和　年　月　日			
	扶養されなくなった日	令和　年　月　日	※認定年月日	令和　年　月　日			

	増・減	フリガナ	生年月日	昭・平・令　年　月　日	性別	男・女	
	個人番号	←被扶養者増のみ記入					
	被保険者との続柄	職業	被保険者との世帯別	同世帯・別世帯			
	住　所	別世帯の方記入願います。					
	資格確認書発行要否	発行が必要 □ ：資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「発行が必要」の□に✔を付してください。 ※以下に該当する場合に限ります。 ・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 ・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、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者					
	扶養（異動）の事由	税法上の扶養家族で	有・無	年間収入			
	扶養されるようになった日	令和　年　月　日	※認定年月日	令和　年　月　日			
	扶養されなくなった日	令和　年　月　日	※認定年月日	令和　年　月　日			

※印欄は記入しないでください

事業主記入欄	トプコン健康保険組合受付印
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 □ この届出については、①又は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	