

(事業所)
所在地 名称 事業主

事業所記号		

常務理事	事務長	業務課長	係

健保事務担当者確認欄	<input type="checkbox"/>
------------	--------------------------

令和 年 月 日

正	健康保険 被扶養者異動届	<input type="checkbox"/> 該当 (認定)
		<input type="checkbox"/> 不該当 (削除)

被 保 険 者	① 被保険者番号	② 刀加ナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別	
	⑥ 個人番号	⑧ 資格取得日			5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑨ 標準報酬月額	1. 男 2. 女
	⑦ 住所	〒						千円

被 扶 養 者 1	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ 刀加ナ氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当			刀加ナ氏名	年 月 日	年 月 日	歳	1. 男 2. 女	1. 同居 2. 別居	1. 該当 2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由		⑳ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑱ 不該当日 (削除日)					1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
⑳ 個人番号					備考					
㉑ 住民票住所					〒					

被 扶 養 者 2	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ 刀加ナ氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当			刀加ナ氏名	年 月 日	年 月 日	歳	1. 男 2. 女	1. 同居 2. 別居	1. 該当 2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由		⑳ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑱ 不該当日 (削除日)					1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
⑳ 個人番号					備考					
㉑ 住民票住所					〒					

被 扶 養 者 3	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ 刀加ナ氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当			刀加ナ氏名	年 月 日	年 月 日	歳	1. 男 2. 女	1. 同居 2. 別居	1. 該当 2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由		⑳ 資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要
	⑱ 不該当日 (削除日)					1. 就職 2. 収入増 3. 失業保険受給 4. 離婚 5. 死亡				
⑳ 個人番号					備考					
㉑ 住民票住所					〒					

注意
事項

- ・この届出書は、正・副2通とも提出して下さい。なお、事業主印および被保険者の捺印は省略できます。
- ・※コード、⑱該当日 (認定日) および不該当日 (削除日) については、健康保険組合が記入しますので、記入する必要はありません。
- ・健保事務担当者確認欄は、事業所の担当者が☑して下さい。
- ・不該当 (削除) の場合、被扶養者に交付している被保険者証又は資格確認書を健康保険組合に返却して下さい。
- ・㉑資格確認書発行要否は、以下に該当する場合にのみ☑して下さい。
 - ◆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

受付印
処理年月日

令和6年12月改訂版

(事業所)	
所在地 名称 事業主	殿

事業所記号		

〒310-0022
茨城県水戸市梅香1-5-5
JA会館分館5F
TEL.029-232-2270
茨城県農協健康保険組合 理事長

副 健康保険 被扶養者異動確認通知書

被保険者	① 被保険者番号	② 刀がナ氏名	③ 生年月日	5. 昭和 7. 平成	年 月 日	④ 年齢	⑤ 性別
	⑥ 個人番号	1枚目のみ記入してください		⑧ 資格取得日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑨ 標準報酬月額
	⑦ 住所	1枚目のみ記入してください					千円

被扶養者 1	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ 刀がナ氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日	年 月 日	歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由		⑳ 資格確認書発行有無		㉑ 発行有り 発行無し
⑳ 個人番号	1枚目のみ記入してください				備考					
㉒ 住民票住所	〒 1枚目のみ記入してください				備考					

被扶養者 2	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ 刀がナ氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日	年 月 日	歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由		⑳ 資格確認書発行有無		㉑ 発行有り 発行無し
⑳ 個人番号	1枚目のみ記入してください				備考					
㉒ 住民票住所	〒 1枚目のみ記入してください				備考					

被扶養者 3	⑩ 被扶養者	⑪ 続柄	※コード	⑫ 刀がナ氏名	⑬ 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	⑭ 年齢	⑮ 性別	⑯ 世帯	⑰ 医療福祉 (福)
	1. 該当				年 月 日	年 月 日	歳	1. 男	1. 同居	1. 該当
	2. 不該当							2. 女	2. 別居	2. 不該当
	⑱ 該当日 (認定日) 令和 年 月 日					⑲ 不該当理由		⑳ 資格確認書発行有無		㉑ 発行有り 発行無し
⑳ 個人番号	1枚目のみ記入してください				備考					
㉒ 住民票住所	〒 1枚目のみ記入してください				備考					

上記のとおり、被扶養者資格を 認定 (該当) 削除 (不該当) したので通知します。

確認印

令和6年12月改訂版