



記入例

船員保険 疾病任意継続被扶養者 変更(訂正)届

全国健康保険協会 船員保険部		被扶訂
船員保険 疾病任意継続被扶養者 変更(訂正)届		
被 保 險 者 (申 請 者) 欄	記号番号 (左づめ)	880000000012345
	①個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/>
	被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ) セホ 兜 船保 太郎
	生年月日	年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 〔西暦〕 5 1 1 0 0 3
住所	郵便番号 <input type="text"/> 1 0 5 - 0 0 0 0 電話番号 <input type="text"/> 080 (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 東京 <input checked="" type="radio"/> 都 <input type="radio"/> 道 <input type="radio"/> 市 <input type="radio"/> 府 <input type="radio"/> 県 港区〇〇1-12 △△マンション501	
変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。		
② 変更する被扶養者の 氏名	船保 花子	生年月日
	変更前	変更後
③ 氏名 (カタカナ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
姓と名の間は1マス空けてご記入ください。 満点(、半満点()は1字としてご記入ください。		
被扶養者欄 氏名	協会 花子	船保 花子
生年月日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
性別	<input type="checkbox"/> 1.男 2.女	<input type="checkbox"/> 1.男 2.女
続柄		
被扶養者になった日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
被扶養者でなくなった日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
変更(訂正) 理由		
受付日付印		

添付書類

●氏名、生年月日、続柄を変更(訂正)する場合

変更(訂正)する方について、資格確認書、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。

留意事項

●氏名、生年月日、続柄を変更(訂正)する場合

扶養の要件を確認するために添付書類が必要な場合があります。詳しくは船員保険部にお問い合わせください。

1

記号番号を記入した場合は、記入不要です。

被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の書類が必要です。※1

貼付台紙※2に②①どちらも貼付し、申請書に添付してください。

⑦身元確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

①番号確認を行うための書類(いずれか1点)

・被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー(記載情報と現況に相違のないもの)、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 船員保険部のホームページからダウンロードできます。(印刷環境がない場合はご連絡ください。)

2

変更する方の氏名、生年月日をご記入ください。

3

該当する箇所のみご記入ください。
また、変更前、変更後については必ずご記入ください。