



船員保険 疾病任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

扶

申 出 者 欄	記号・番号 (左づめ)	8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 -																
	個人番号 (マイナンバー)	<div>記号番号をご記入された場合は個人番号のご記入は必要ありません。(記入された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)</div>																
	被保険者氏名 (申請者)	(フリガナ)										生年月日	昭・平	年	月	日	性別	男・女
	住所	郵便番号					電話番号 (日中の連絡先)											
		<div>都 道 府 県</div>																

▶ マイナ保険証をお持ちでない場合等は、資格確認書の発行要否欄に必ず☑をしてください。

被 扶 養 者 欄	被扶養者情報①	被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄	職業	年間収入				
		(フリガナ)		昭・平・令		年	月	日	男・女				万円
				マイナンバー (記入がない場合は再提出となります)									
		住所	同居・別居 (住所)										
		追加	被扶養者になった日	理由	該当するものに <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください <input type="checkbox"/> その他 ( )								
		令和	年	月	日								
	資格確認書の発行要否	資格確認書の発行が必要な場合は☑してください <input type="checkbox"/> 右記のケースに該当するようなマイナ保険証を利用できない状況にあるため、資格確認書の発行を希望します。 ・マイナンバーカードを所有していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介助者が同行し資格確認する必要がある ・その他事由による											
	削除	被扶養者でなくなった日	理由	該当するものに <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input checked="" type="checkbox"/> をしてください <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )									
		令和	年	月	日								
	被扶養者情報②	被扶養者の氏名		生年月日		性別	続柄	職業	年間収入				
(フリガナ)		昭・平・令		年	月	日	男・女				万円		
		マイナンバー (記入がない場合は再提出となります)											
住所		同居・別居 (住所)											
追加		被扶養者になった日	理由	該当するものに <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input checked="" type="checkbox"/> をしてください <input type="checkbox"/> その他 ( )									
	令和	年	月	日									
資格確認書の発行要否	資格確認書の発行が必要な場合は☑してください <input type="checkbox"/> 右記のケースに該当するようなマイナ保険証を利用できない状況にあるため、資格確認書の発行を希望します。 ・マイナンバーカードを所有していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介助者が同行し資格確認する必要がある ・その他事由による												
削除	被扶養者でなくなった日	理由	該当するものに <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input checked="" type="checkbox"/> をしてください <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
	令和	年	月	日									

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階  
全国健康保険協会 船員保険部