



# 記入例

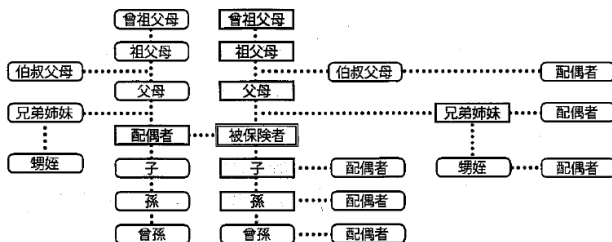
## 船員保険 疾病任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

### 扶養追加の場合

全国健康保険協会 船員保険部 船員保険		船員保険 疾病任意継続被保険者 被扶養者(異動)届		扶																																																																																																																																																																											
記号・番号(左づめ) 8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 - 1 2 3 4 5																																																																																																																																																																															
個人番号(マイナンバー) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2</span>																																																																																																																																																																															
被保険者氏名(申請者) センボ タロウ 生年月日 昭 平 51 年 10 月 3 日 性別 男																																																																																																																																																																															
住所 郵便番号 1 0 5 - 0 0 0 0 電話番号 080-XXXX-XXXX 東京 港区〇〇1-12 △△マンション501																																																																																																																																																																															
▶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。																																																																																																																																																																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者の氏名</th> <th>生年月日</th> <th>性別</th> <th>続柄</th> <th>職業</th> <th>年間収入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(フリガナ) センボ ハナコ</td> <td>昭 平 54 年 12 月 10 日</td> <td>男 女</td> <td>妻</td> <td>パート</td> <td>100 万円</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 花子</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 退職               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行が必要な場合は☑してください</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者の氏名</th> <th>生年月日</th> <th>性別</th> <th>続柄</th> <th>職業</th> <th>年間収入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(フリガナ) センボ コウジ</td> <td>昭 平 18 年 11 月 10 日</td> <td>男 女</td> <td>子</td> <td>大学2年生</td> <td>50 万円</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>9</th> <th>8</th> <th>7</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>9</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行要否</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> </td></tr></tbody></table>						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) センボ ハナコ	昭 平 54 年 12 月 10 日	男 女	妻	パート	100 万円	<table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 花子</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 花子</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 花子	同居			<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 退職               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者になった日	理由	令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 退職	<table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行が必要な場合は☑してください</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table>						資格確認書の発行が必要な場合は☑してください	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。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による	<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者でなくなった日	理由	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )	<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者の氏名</th> <th>生年月日</th> <th>性別</th> <th>続柄</th> <th>職業</th> <th>年間収入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(フリガナ) センボ コウジ</td> <td>昭 平 18 年 11 月 10 日</td> <td>男 女</td> <td>子</td> <td>大学2年生</td> <td>50 万円</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>9</th> <th>8</th> <th>7</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>9</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行要否</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						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) センボ コウジ	昭 平 18 年 11 月 10 日	男 女	子	大学2年生	50 万円	<table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>9</th> <th>8</th> <th>7</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>9</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						マイナンバー	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 航司	同居			<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者になった日	理由	令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )	<table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行要否</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table>						資格確認書の発行要否	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による	<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者でなくなった日	理由	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )
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) センボ ハナコ	昭 平 54 年 12 月 10 日	男 女	妻	パート	100 万円																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 花子</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 花子</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 花子	同居																																																																																																																																										
マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 花子</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 花子	同居																																																																																																																																																													
住所	同居	別居	(住所)																																																																																																																																																																												
船保 花子	同居																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 退職               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者になった日	理由	令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 退職																																																																																																																																																																						
被扶養者になった日	理由																																																																																																																																																																														
令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input checked="" type="checkbox"/> 退職																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行が必要な場合は☑してください</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table>						資格確認書の発行が必要な場合は☑してください	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。	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による																																																																																																																																																																						
資格確認書の発行が必要な場合は☑してください	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。																																																																																																																																																																														
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者でなくなった日	理由	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																																																																						
被扶養者でなくなった日	理由																																																																																																																																																																														
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者の氏名</th> <th>生年月日</th> <th>性別</th> <th>続柄</th> <th>職業</th> <th>年間収入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(フリガナ) センボ コウジ</td> <td>昭 平 18 年 11 月 10 日</td> <td>男 女</td> <td>子</td> <td>大学2年生</td> <td>50 万円</td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>9</th> <th>8</th> <th>7</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>9</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行要否</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="6"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						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) センボ コウジ	昭 平 18 年 11 月 10 日	男 女	子	大学2年生	50 万円	<table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>9</th> <th>8</th> <th>7</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>9</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						マイナンバー	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 航司	同居			<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者になった日	理由	令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )	<table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行要否</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table>						資格確認書の発行要否	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による	<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者でなくなった日	理由	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																								
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) センボ コウジ	昭 平 18 年 11 月 10 日	男 女	子	大学2年生	50 万円																																																																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>マイナンバー</th> <th>9</th> <th>8</th> <th>7</th> <th>6</th> <th>5</th> <th>4</th> <th>3</th> <th>2</th> <th>1</th> <th>0</th> <th>9</th> <th>8</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="13"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table>						マイナンバー	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8	<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 航司	同居																																																																																																																																										
マイナンバー	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8																																																																																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>住所</th> <th>同居</th> <th>別居</th> <th>(住所)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>船保 航司</td> <td>同居</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													住所	同居	別居	(住所)	船保 航司	同居																																																																																																																																																													
住所	同居	別居	(住所)																																																																																																																																																																												
船保 航司	同居																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者になった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 8 年 1 月 1 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者になった日	理由	令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )																																																																																																																																																																						
被扶養者になった日	理由																																																																																																																																																																														
令和 8 年 1 月 1 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input checked="" type="checkbox"/> その他( 船保花子の退職に伴う扶養解除 )																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>資格確認書の発行要否</th> <th>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。</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td> <input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない  <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない  <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある  <input type="checkbox"/> その他事由による               </td> </tr> </tbody> </table>						資格確認書の発行要否	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。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による																																																																																																																																																																						
資格確認書の発行要否	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。																																																																																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マイナバーカードを所有していない <input type="checkbox"/> マイナ保険証の利用登録をしていない <input type="checkbox"/> 家族や介護者が同行し資格確認する必要がある <input type="checkbox"/> その他事由による																																																																																																																																																																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>被扶養者でなくなった日</th> <th>理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td> <input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください  <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: )  <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )               </td> </tr> </tbody> </table>						被扶養者でなくなった日	理由	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																																																																						
被扶養者でなくなった日	理由																																																																																																																																																																														
令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他( )																																																																																																																																																																														

#### 被扶養者の範囲・認定の要件

被扶養者として認定を受けられる家族の続柄の範囲、認定要件は下図の通りです。



	同居要件	収入要件
同居要件	被保険者と同居・別居いずれでもよい	被保険者と同居していることが必要
収入要件	年収が130万円(※1)未満かつ被保険者の年収の1/2未満(※2) ※1 60歳以上または障害厚生年金受給者等の場合は180万円 扶養認定日が令和7年10月1日以降となる19歳以上23歳未満の方は150万円 (被保険者の配偶者を除く) ※2 別居の場合は被保険者の仕送り額より少ない	

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㊦㊧どちらも貼付し、申請書に添付してください。

㊦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  
 ㊧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が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 被扶養者になる方のマイナンバーを必ずご記入ください。

3 同居・別居を選択の上、別居の場合には、住所を記入してください。海外在住の場合は国名を記入してください。

4 被扶養者になった日を、次の通りご記入ください。  
 ・出生の場合:出生年月日  
 ・婚姻の場合:婚姻年月日  
 ・退職の場合:退職日の翌日

5 資格確認書については、資格取得申出書の「資格確認書の発行要否欄」に☑が記入されている方について発行いたします。マイナ保険証を利用できない状況にあり、資格確認書の発行が必要な場合は☑してください。

6 学生の場合は、職業欄に学年等(高校3年、大学2年等)をご記入ください。

◎添付書類が必要となります。次項の【添付書類について】を必ずご確認ください。



## 添付書類について

※場合によっては、記載のない添付書類が必要となることもありますのでご了承ください。

### ① 収入状況を確認するための書類

義務教育終了後(満16歳以上)の方を被扶養者として届け出る場合は、その方の収入状況を確認するための書類として以下のいずれかの添付書類が必要です。

※学生(高校生・大学生等)、主婦等、収入がない場合であってもいずれかの添付書類が必要です。

#### (1) 収入がない場合

条件など	添付書類
学生・専業主婦等で収入がない場合	○市区町村役場発行の「所得証明書」または「非課税証明書」

#### (2) 給与収入がある場合

条件など	添付書類
パート・アルバイト等の給与収入がある場合	次のいずれか ○直近3カ月分の給与明細のコピー ○市区町村役場発行の「所得証明書」または「非課税証明書」
年金を受給している場合	次のいずれか ○「年金振込通知書」のコピー ○「年金額改定通知書」のコピー ※年金の受給が決定した直後などの理由で左記の書類が用意できない場合には「年金証書」のコピーを添付してください。
自営業・不動産等による収入がある場合	○直近の「確定申告書(収支内訳書も含む)」のコピー

#### (3) 最近退職したことで現在収入がない場合

条件など	添付書類
失業給付を受給していない場合	次のいずれか ○「雇用保険被保険者離職票」のコピー ○「退職証明書」のコピー
失業給付受給中、または受給を終了した場合	○「雇用保険受給資格者証(両面)」のコピー

※障害年金、遺族年金、傷病手当金等の非課税対象となる収入がある場合は、上記に加えで受取金額が確認できる通知書等のコピーを添付してください。

### ② 別居している方を届け出る場合

申請者と別居している方を被扶養者として届け出る場合は、仕送り金額の確認できる書類を添付してください。(国内に居住している学生の場合は不要です。)

例:仕送り金額の確認ができる預金通帳の写し、現金書留の控えのコピー

### ③ 同一世帯(同居)を確認するための書類

新たに同一世帯(同居)の方を被扶養者として届け出る場合は、同一世帯であることを確認できる公的証明書(「世帯全員の住民票」等)を添付してください。 ※従前より引き続き扶養となる方は添付不要です。

### ④ 被保険者との続柄を確認するための書類

新たに扶養として加入する方と被保険者の続柄を確認するための書類(「世帯全員の住民票(続柄記載のもの)」または「戸籍謄(抄)本(続柄が確認できるもの)」)が必要です。 ※従前より引き続き扶養となる方は添付不要です。

### ⑤ 扶養認定を受ける方が海外在住の場合

令和2年4月より被扶養者については国内居住の方(住民票が日本国内にある方)のみ扶養認定可能となります。ただし日本国内に住所を有しない方であっても特例として扶養認定が可能な場合もあります。

詳細は船員保険部へお問い合わせください。



# 記入例

## 船員保険 疾病任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

### 扶養削除の場合

全国健康保険協会 船員保険部										船員保険 疾病任意継続被保険者 被扶養者(異動)届										扶			
記号・番号 (左づめ)		8 8 0 0 0 0 0 0 0 - 1 2 3 4 5																					
個人番号① (マイナンバー)		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																					
(フリガナ)		センボ タロウ																					
被保険者氏名 (申請者)		船保 太郎										生年月日		昭 平 51 年 10 月 3 日				性別		男 女			
住 所		郵便番号		1 0 5 - 0 0 0 0				電話番号 (日中の連絡先)		080-XXXX-XXXX													
住 所		東京 港区〇〇1-12 △△マンション501																					
▶ 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。																							
被扶養者情報①		被扶養者の氏名 (フリガナ)		センボ ハナコ				生年月日		昭 平 54 年 12 月 10 日				性別		男 女		続柄		職業		年間収入	
		被扶養者の氏名 (フリガナ)		船保 花子				生年月日		昭 平 54 年 12 月 10 日				性別		男 女		続柄		職業		年間収入	
		マイナンバー (記入がない場合は再提出となります)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				住所		同居 別居 (住所)													
		理由		該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他 ( )																			
被扶養者情報②		被扶養者になった日		令和 年 月 日				理由		資格確認書の発行が必要な場合は☑してください 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 ・家族や介護者が同行し資格確認する必要がある ・その他事由による													
		被扶養者でなくなった日		令和 8 年 1 月 1 日				理由		該当するものに☑をしてください <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )													
		被扶養者の氏名 (フリガナ)						生年月日		昭 平 令 年 月 日				性別		男 女		続柄		職業		年間収入	
		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)													
被扶養者情報③		被扶養者になった日		令和 年 月 日				理由		資格確認書の発行が必要な場合は☑してください 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 ・家族や介護者が同行し資格確認する必要がある ・その他事由による													
		被扶養者でなくなった日		令和 年 月 日				理由		該当するものに☑をしてください <input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(都道府県名: ) <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ( )													
		被扶養者の氏名 (フリガナ)						生年月日		昭 平 令 年 月 日				性別		男 女		続柄		職業		年間収入	
		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)													

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㊦㊧どちらも貼付し、申請書に添付してください。

- ㊦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  
㊧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

被扶養者でなくなった日を次のとおりご記入ください。  
・就職の場合:就職年月日  
例)被扶養者が4月1日に就職した場合の削除日は4月1日  
・死亡の場合:死亡日の翌日  
・後期高齢者医療該当の場合:該当日  
※後期高齢者医療制度の被保険者となったことにより、  
疾病任意継続保険の被扶養者でなくなるときは、住所地の都道府県名をご記入ください。

### 添付書類

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、添付いただきますようお願いいたします。