

記入例

疾病任意継続被保険者 被扶養者 (異動) 届

扶養削除の場合

被保険者情報		被扶養者情報	
被保険者証の(左づめ)	記号 8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	番号 - 3 0 0 0 0 0	生年月日 昭和 平成 5 0 0 3 0 5
氏名・印	(フリガナ) センボ タロウ 船保 太郎	性別	男 女
住所 (日中の連絡先)	(〒 105 - 0000) 東京 港区 〇〇 1-1 TEL 080 (△△△△) △△△△	自署の場合は押印を省略できます。	印
被扶養者情報	被扶養者の氏名 (フリガナ) センボ ハナコ (氏) 船保 花子	生年月日 昭和・平・令 60年 6月 1日	性別 男(女)
	住所 同居・別居 (住所)	マイナンバー (扶養追加の場合は必ず記入)	続柄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
申請理由	<input type="checkbox"/> 扶養の追加	被扶養者になった日 令和 年 月 日	理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input checked="" type="checkbox"/> 扶養の削除	被扶養者でなくなった日 令和 0 2 0 5 0 1	理由 <input checked="" type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (都道府県名:) <input type="checkbox"/> その他 ()
備考欄			

被扶養者に異動がありましたので、上記の通り届出します。

被保険者のマイナンバー記入欄

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

- 扶養の削除に (チェック) をしてください。
- 被扶養者でなくなった日を次の通りご記入ください。
 - ・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。

- 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。なお、記入された場合は以下の添付書類が必要となります。
 - マイナンバーカード (個人番号カード) をお持ちの場合：マイナンバーカードの表・裏両面のコピー
 - マイナンバーカードをお持ちでない場合：次の添付書類①②の両方
 - ①番号確認書類：個人番号通知のコピー、マイナンバー記載がある住民票、マイナンバー記載がある住民票記載事項証明書のうち、どれか一つ
 - ②身元確認書類：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つき身分証明書のコピーのうち、どれか一つ

添付書類

被扶養者でなくなる方の被保険者証をご添付ください。

※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、それらもあわせてご添付ください。