

船員保險 疾病任意繼續被保險者 **被扶養者(異動)** 届

扶

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号										番号				生年月日				
		8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	—					昭和・平成	年	月	日
	氏名	(フリガナ)																性別	男・女	
	住所	(〒) 都 道 府 県																		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()																		

被扶養者情報

①

被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	職業	年収
(フリガナ) 氏	(名)	昭・平・令	年	月	日	男・女		万円
		マイナンバー (扶養追加の場合は必ず記入)						
住所	同居 ・ 別居 (住所)							
申請理由	☐ 扶養の追加		被扶養者になった日		理由	☐ 出生 ☐ 婚姻 ☐ 退職		
			令和	年 月 日		☐ その他 ()		
	☐ 扶養の削除		被扶養者でなくなった日		理由	☐ 就職 ☐ 死亡		
			令和	年 月 日		☐ 後期高齢者医療（都道府県名： ） ☐ その他 ()		

②

被扶養者の氏名		生年月日			性別	続柄	職業	年収
(フリガナ) 氏	(名)	昭・平・令	年	月	日	男・女		万円
		マイナンバー (扶養追加の場合は必ず記入)						
住所	同居 ・ 別居 (住所)							
申請理由	☐ 扶養の追加		被扶養者になった日		理由	☐ 出生 ☐ 婚姻 ☐ 退職		
			令和	年 月 日		☐ その他 ()		
	☐ 扶養の削除		被扶養者でなくなった日		理由	☐ 就職 ☐ 死亡		
			令和	年 月 日		☐ 後期高齢者医療（都道府県名： ） ☐ その他 ()		

申立欄	
-----	--

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。

被保険者のマイナンバー記入欄

[illegible]

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

協會使用欄

R4.1

受付日付印

被保険者証回収欄	①		②	
	1:添付	2:回収不能	1:添付	2:回収不能
	3:滅失	5:未回収	3:滅失	5:未回収

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