

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 -																
	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)											
		都 道 府 県																

▶ 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☑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 令和 年 月 日	理由	該当するものに ☑をしてください					
	被扶養者情報②	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							
		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 令和 年 月 日	理由	該当するものに ☑をしてください					
		・就職 ・後期高齢者医療(都道府県名:) ・死亡 ・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)		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 令和 年 月 日	理由	該当するものに ☑をしてください							
被扶養者情報③	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								
	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 令和 年 月 日	理由	該当するものに ☑をしてください						
	・就職 ・後期高齢者医療(都道府県名:) ・死亡 ・その他()									

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

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄