



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)	8800000000-
	個人番号 (マイナンバー)	<div>電子申請をご利用の際は、マイナンバーを記入せず、記号・番号をご記入ください。</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) 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 令和 年 月 日	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 ()	
	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					
	被扶養者情報②	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 ()		
		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	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他 ()	
		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				
		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 ()		
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					

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