



## 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 -											
	個人番号 (マイナンバー)												
	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	一				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。

被扶養者情報①	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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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( )				
削除	資格確認書の発行が必要な場合は☑してください 資格確認書の発行要否 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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: )			
被扶養者情報②	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 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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( )				
削除	資格確認書の発行が必要な場合は☑してください 資格確認書の発行要否 <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 <input checked="" type="checkbox"/> 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: )			

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