被扶養者異動届（ 増 ）

訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）

日本無線健康保険組合　御中

受付日付印		雇用保険	交付簿	個人台帳	証	DCC

伺	令和　年　月　日	
常務理事	事務長	係

令和 × 年 × 月 ×日提出

被保険者等記号・番号（＊1）	記号	1010	被保険者氏名	健 保 太 郎
	番号	99999	生年月日	昭・平 × × 年 × 月 × 日

被保険者住所	住民票住所	居所（住民票住所と異なる場合は記入）
	〒 ○○○ -○○○○　○○県○○市○○町 123番地	〒 ○○○ -○○○○　○○県○○市○○町 1丁目2番3号パークウエスト 203

異動の別	フリガナ / 被扶養者氏名	性別	生年月日 / 年齢	続柄	異動年月日（被扶養者となる日）	異動理由
増	ケンポ ハナコ / 健 保 花 子（住民票記載の氏名）	男・女	昭・平・令 ××年×月×日（○○）歳	長女	令和 × 年× 月×日	例：（退職し）収入がなくなった（少なくなる）ため など
	マイナンバー	× × × × × × × × × × × ×				マイナンバー未記入理由
	被扶養者住所 住民票住所	〒○○○ -○○○○　○○県○○市○○町 123番地			資格確認書発行要否　□発行が必要 ※マイナ保険証の医療機関等受診が原	
	住所	〒　－				
	増	男・女	平・令（　）			
	マイナンバー					未記入理由
	被扶養者住所 住民票住所	〒　－			資格確認書発行要否　□発行が必要 ※マイナ保険証の医療機関等受診が原則ですが、マイナ保険証をお持ちでない方へ発行します。	
	居所	（住民票住所と異なる場合は記入）〒　－			世帯別 同・別	別居理由

マイナンバー

出生時マイナンバーが不明な場合は後日「被保険者 被扶養者マイナンバー（個人番号）届」（申請書式 NO.T-23）を提出してください。

続柄

「子」ではなく「長男・長女」など

異動年月日（被扶養者となる日）

事実日から５日以内に提出　⇒　事実日
事実日から６日以上経過して提出　⇒　提出日
＊例外：出生時　⇒　出生日

例：×月１日退職　×月５日以内に提出 ⇒　×月１日
×月６日以降に提出 ⇒　×月提出日

事業所所在地 / 事業所名称 / 事業主氏名 / 電話番号	（事業主の証明）未記入のまま提出してください。 提出先：SATO 社会保険労務士法人 もしくは　各会社の健康保険担当部門（人事・総務/担当者） ＊健康保険組合へ提出ではありません。 提出先については各会社の健康保険担当部門へお問い合わせください。

（＊１）被保険者等記号・番号が不明な場合は①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書（R7.12.1 までは健康保険証）、④事業所の健康保険担当部門（人事・総務/担当者）のいずれかでご確認ください。

※被扶養者に異動（増）の事実があった日から５日以内（出生を除く）にそれを証明する書類（申請書式 NO.T1-1「被扶養者を増やす申請をするときの添付書類」参照）を必ず添付してください。

※出生時マイナンバーの記入ができない場合は後日「被保険者 被扶養者マイナンバー(個人番号)届（申請書式 NO.T23）をすみやかに提出してください。

※記入漏れがないようご注意ください。