

正

健康保険被扶養者(異動)届

記入例

事業所番号

被保険者(申請者) ※(提出日) 令和 年 月 日	事業所名 事業主	マネージャー 担当者	ENEOSグループ健康保険組合 常務理事 事務長 担当者	台帳	個人番号	回収状況 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 資格確認書	資格確認書 (発行の有無) 有・無
---------------------------------	-------------	---------------	---------------------------------	----	------	--	-------------------------

私(申請者)は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。個人番号は当健保組合の「個人情報取扱方針」に基づく「個人情報保護管理規程」において、その取扱い、利用目的等が定められており、当該規程に則って管理・利用いたします。

※発生理由 1. 認定 2. 削除 3. 同居⇒別居 4. 別居⇒同居 5. 別居⇒別居 6. その他	※記号 0 0 0 0	※番号 1 2 3 4 5 6 7	※被保険者	氏名 健保太郎
※所属 (会社) ○○○○株式会社 (事業所) ○○○○事業所 (課・Gr) 総務グループ	生年月日 昭和 平成 令和 00年 00月 00日	現住所 〒 神奈川県横浜市中区桜木町一丁目1番地8日 231-8335 石横浜ビル14階		

※被扶養者の氏名 フリガナ① 漢字氏名 ケンボ ハナコ 健保 花子	※性別 男 女	※生年月日② 昭和 平成 令和 0 0 0 0 0 0	※年齢 00	※続柄③ 妻	※職業④ 無職	※収入月額⑤ 円 なし	※被扶養者 認定・削除・異動 年月日② 令和 年 月 日	※理由⑥ 令和〇年〇月〇日、仕事を辞めて、現在は無職となっているため。				
※個人番号 (マイナンバー) <input type="checkbox"/> 提出拒否 (※該当する場合はレを記入)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0
※住民票住所 〒 231 - 8335 神奈川県横浜市中区桜木町一丁目1番地8日石横浜ビル14階	資格確認書発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要 (※該当する場合はレを記)											
※現住所 ※同居の場合は記入不要	同居・別居⑦ 5 下記、理由欄より必ず選択ください。											

【マイナンバーの記載が必要となる場合】

- ・ 発生理由(1.認定)については、マイナンバーの記載が必須となります。
- ・ ご提出の際にマイナンバーが不明である等の場合は、未記入のまま健保組合へ提出することも可能ですが、その場合は現住所・住民票住所は必ず記載してください。(後日、速やかに「被保険者個人番号届」を提出してください。)

【出生時にマイナンバーが把握できない場合】

- ・ 新生児のマイナンバーについては、ご自宅に通知カードが届くのにかなり時間を要することが一般的であり、通知カードが届く前にマイナンバーを把握するためには、住民票の交付を受けるといった手続きが必要となります。子どもの健康保険証の発行を優先させマイナンバーが届出時点で不明であるときには、理由欄に「出生のためマイナンバー不明」であることを記載のうえご提出ください。(被保険者のお手元に通知カードが届きましたら「健康保険個人番号届」をご提出ください。)

【海外居住等により住民基本台帳に登録がないためマイナンバーを保有していない場合】

- ・ 理由欄に「海外居住」と記載のうえご提出ください。

【マイナンバーの記載が不要となる場合】

- ・ 発生理由(1.認定)以外の届出についてはマイナンバーの記載は不要となります。
- ・ 既に当健保においてマイナンバー登録済の方については、被扶養者の再認定の届出の際にマイナンバーの記載は不要です。

(例: 被扶養者の再認定: ①ENEOSグループ健保内の転籍等の異動、②被保険者再雇用、③任意継続、④被扶養者資格削除後の再認定)