

被扶養者に異動(増減)が生じたときは、5日以内に届出してください。

※メールでの提出不可※

健保記入欄	
被保険者標準報酬月額	円
共同扶養	有 ・ 無
喪失後受診	有 ・ 無

常務理事	事務長	係	

健康保険 被扶養者(異動)届

被保険者について

年 月 日 提出

フリガナ 氏名		資格取得日	昭和 平成 令和 年 月 日
住民票住所	〒 —		
被保険者等の 記号-番号		Global ID	
メールアドレス		携帯電話番号	— —

被扶養者について

① ② ③ ④

扶養(異動)区分	開始 ・ 終了	開始 ・ 終了	開始 ・ 終了	開始 ・ 終了
フリガナ				
氏名				
性別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
続柄	※ 長男・二女・妻・内縁の妻・実母・養女など、詳しい続柄を記入してください。（※「子」では手続きできません。）			
職業または学年				
同居区分	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居	同居 ・ 別居
月平均収入額	円	円	円	円
扶養開始日 または 扶養終了日	※ 扶養終了日は、死亡の場合は死亡日の翌日を、就職の場合は入社日(他健保での資格取得日)を記入してください。			
	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
扶養開始 または 扶養終了の理由	※ 入社・出生・婚姻・離職・養子縁組・就職・死亡・任意継続など、具体的に記入してください。			
資格確認書の交付要否	☐ 必要 ☐ 不要	☐ 必要 ☐ 不要	☐ 必要 ☐ 不要	☐ 必要 ☐ 不要
資格確認書交付理由番号	☐ 下記の番号を記入	☐ 下記の番号を記入	☐ 下記の番号を記入	☐ 下記の番号を記入

資格確認書の交付は以下に該当する場合に限ります。

- 1 : マイナンバーカードを紛失したため
- 2 : マイナンバーカードの更新手続き中のため
- 3 : マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため
- 4 : マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため
- 5 : マイナンバーカードを作っていないため
- 6 : マイナンバーカードを返納・利用解除したため
- 7 : マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため

<添付書類> 扶養開始時:マイナンバー・続柄・世帯全員記載の住民票(交付日より3か月以内)は必須。

その他、当組合ホームページ掲載の「健康保険 扶養認定提出書類一覧表」に記載の必要書類を添付してください。

扶養終了時:当組合の保険証又は資格確認書、新しく取得した資格情報のお知らせ又は資格確認書のコピー(他健保加入の場合)

《郵送先》 〒540-6319 大阪府大阪市中央区城見1-3-7 IMPビル19階
社会保険労務士法人 ヒューマン・リソース・パートナーズ AIG担当 宛て

※任意継続の方は直接《AIG健康保険組合》へ提出してください。

健保記入欄		KOSMO登録	①	②	③	④
		資格情報のお知らせ発行				
		資格確認書 :有効期限				
		誤入力チェック				
		マイナ保険証利用登録確認				