

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	ケンポ タロウ 健保 太郎	資格取得日	昭和 平成 令和 7年 4月 1日
住民票住所	〒 000-0000 東京都〇〇区△△町××-××		
被保険者等の 記号-番号	1-12345	Global ID	123456
メールアドレス	〇〇〇〇@△△△.××.jp	携帯電話番号	090-〇〇〇〇-△△△△

被扶養者について

① ② ③ ④

扶養(異動)区分	開始(終了)変更(訂正)	開始・終了・変更(訂正)	開始・終了・変更(訂正)	開始・終了・変更(訂正)
フリガナ	ケンポ イチロウ			
氏名	健保 一郎			
性別	男・女	男・女	男・女	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 〇〇年△△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。)			
	長男			
職業または学年	会社員			
同居区分	同居・別居		同居・別居	同居・別居
月平均収入額	200,000円		円	円
扶養開始・終了日 または 変更(訂正)日	令和 8年 4月 1日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
扶養開始・終了 または 変更(訂正)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。			
	就職			
資格確認書の交付要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
資格確認書交付理由番号	<input type="checkbox"/> 下記の番号を記入	<input type="checkbox"/> 下記の番号を記入	<input type="checkbox"/> 下記の番号を記入	<input type="checkbox"/> 下記の番号を記入

収入がある場合、必ず記入してください。

- 資格確認書の交付は以下に該当する場合に限りです。
- 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:当組合発行の有効期限内の資格確認書、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				