

健康保険 被扶養者（異動）届

様式1
日本航空健康保険組合

(*1) KOSMO-Webに掲載している「資格情報のお知らせ」を参照ください。 令和 年 月 日提出

被保険者等の記号・番号(*1)				被保険者の氏名※自署				事業所名				
記号		番号										
性別	生年月日			被保険者の住民票住所				取得年月日				
1 男	5 昭和	年	月	日	〒 -				5 昭和	年	月	日
2 女	7 平成								7 平成			
	9 令和								9 令和			

①被扶養者の氏名(フリガナ) ※増の場合：氏名15文字、フリガナ25文字(空白含む)				②性別		③続柄		④生年月日				⑤職業等	
				1 男				5 昭和	年	月	日		
				2 女				7 平成					
				9 令和									
⑥増減別		⑦事由		⑧増または減の事由発生日		⑨個人番号(マイナンバー) ※増のみ				備考			
1 増(認定)				令和		年	月	日					
2 減(削除)													
⑩資格確認書発行要否※増のみ				⑪被扶養者の住民票住所				認定日(削除日) ※健保記入欄					
<input type="checkbox"/> 発行が必要				〒 - ※被保険者と同居の場合、「被保険者に同じ」と記入				令和 年 月 日					
※要否について下記(*2)を必ず参照													

①被扶養者の氏名(フリガナ) ※増の場合：氏名15文字、フリガナ25文字(空白含む)				②性別		③続柄		④生年月日				⑤職業等	
				1 男				5 昭和	年	月	日		
				2 女				7 平成					
				9 令和									
⑥増減別		⑦事由		⑧増または減の事由発生日		⑨個人番号(マイナンバー) ※増のみ				備考			
1 増(認定)				令和		年	月	日					
2 減(削除)													
⑩資格確認書発行要否※増のみ				⑪被扶養者の住民票住所				認定日(削除日) ※健保記入欄					
<input type="checkbox"/> 発行が必要				〒 - ※被保険者と同居の場合、「被保険者に同じ」と記入				令和 年 月 日					
※要否について下記(*2)を必ず参照													

①被扶養者の氏名(フリガナ) ※増の場合：氏名15文字、フリガナ25文字(空白含む)				②性別		③続柄		④生年月日				⑤職業等	
				1 男				5 昭和	年	月	日		
				2 女				7 平成					
				9 令和									
⑥増減別		⑦事由		⑧増または減の事由発生日		⑨個人番号(マイナンバー) ※増のみ				備考			
1 増(認定)				令和		年	月	日					
2 減(削除)													
⑩資格確認書発行要否※増のみ				⑪被扶養者の住民票住所				認定日(削除日) ※健保記入欄					
<input type="checkbox"/> 発行が必要				〒 - ※被保険者と同居の場合、「被保険者に同じ」と記入				令和 年 月 日					
※要否について下記(*2)を必ず参照													

(*2) 資格確認書の発行は以下該当する場合に限りま

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録をおこなっていない者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

受付日付印

【注意事項】

- ・被保険者欄は必ず記入してください。
- ・認定日(削除日)については、原則事由発生日としますが、申請内容および状況によっては、健保が確認した日となります。
- ・提出先は各事業所の健保窓口(総務等)となります。※任継・特退は健保事務センターへ提出

事業主記入欄(※任継・特退記入不要)

上記のとおり被保険者からの申請がありましたので届出します。

所在地
事業所
名称
事業主名称

2024.12

常務理事	事務長	リーダー	担当者