

健康保険任意継続 被扶養者(異動)届

確認年月日			
住友商事 健康保険組合	常務理事	事務長	担当者

住友商事健康保険組合理事長

任継被保険者 記号・番号	被保険者氏名	フリガナ	男女	生年月日	昭和 平成			TEL
9-						年 月 日		
住民票住所	〒		取得	令和 年 月 日	結婚	出産	その他 ()	
			喪失	令和 年 月 日	死亡	就職	標準報酬月額	千円

* 資格取得時には全員をご記入ください。

氏名	性別	生年月日	被保険者との続柄	職業 (学生又は学校名)	同居別居	住民票住所	資格確認書 発行要否 ※記入要領参照	異動月日	
								増	減
フリガナ	男女	昭平令 年 月 日				〒	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
フリガナ	男女	昭平令 年 月 日				〒	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
フリガナ	男女	昭平令 年 月 日				〒	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
フリガナ	男女	昭平令 年 月 日				〒	<input type="checkbox"/> 発行が必要		
フリガナ	男女	昭平令 年 月 日				〒	<input type="checkbox"/> 発行が必要		

* 太枠のみご記入ください。

* 収入がある方は直近3カ月分の給与明細を添付してください。

* 資格確認書発行要否：以下に該当する場合に限りです。

【申請不要で、資格確認書を発行します。(職権交付)】

- ・マイナンバーカードを取得していない方、マイナンバーカードの返納者、マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方
- ・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行っていない方、利用登録解除を申請した方、利用登録解除者

【別途、資格確認書交付申請書の提出が必要です。】

- ・マイナンバーカード紛失、更新手続き中の方
- ・マイナンバーカードの健康保険証としての利用登録をしているが、マイナンバーカードでの受診が困難な方(介助者のサポートが必要な方)