記入例

健康保険被扶養者異動届（出生）

常務理事	事 務 長	関 係 者	担　　当

東北電力健康保険組合　御中

〇〇年　××月　△△日　提出

【注意事項】

1) 市区町村へ乳幼児医療の申請後，該当・不該当に係わらず「乳幼児医療費助成届」を提出すること
2) 生年月日や該当年月日は二桁で記入し，勤務先の健保担当へ提出すること

事業所コード	事　業　所　名　称	電話番号（勤務先）
〇〇〇〇	〇〇株式会社	△△△-××××-〇〇〇〇

被保険者	氏　名	記号	番　号	性別	生年月日 元号	年	月	日	現　住　所
	健康　太郎	□□	△△△△	(男)・女	昭・(平)	■■	▲▲	●●	〒〇〇〇-△△△△ 宮城県仙台市青葉区〇〇町×丁目×番×号

被扶養者	フリガナ / 氏名	生年月日 元号	年	月	日	続柄	該当年月日 年	月	日	性別	個人番号 / 資格確認書発行要否
	ケンポ　ユタカ 健保　豊	令和	■■	▲▲	●●	長男	■■	▲▲	●●	(男)・女	☑ 発行が必要
		令和								男・女	☐ 発行が必要
		令和								男・女	☐ 発行が必要

マイナ保険証をお持ちでない方には「資格確認書」を交付しますので，☑を記入してください。

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	