

健康保険 被保険者異動・被扶養者認定申請書

北陸電力健康保険組合
常務理事 殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
承認日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者証	記号			番号					
-------	----	--	--	----	--	--	--	--	--

被保険者氏名		会社名		所属名		平日日中の連絡先 (トール可)	
--------	--	-----	--	-----	--	--------------------	--

申請対象者について記入 <太線内および※は必須記入>

異動区分	異動日	(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	同居・別居	申請理由		健保処理欄
		申請対象者氏名 (漢字)						個人番号 (新規加入者の場合のみ記入)		
	令			昭平令	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
※住居届① 【住民票上の住所を正確に転記】		〒 -			※住居届② 【現住所 (居所)】		<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ (異なる場合は下記に記入ください) 〒 -			
	令			昭平令	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
※住居届① 【住民票上の住所を正確に転記】		〒 -			※住居届② 【現住所 (居所)】		<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ (異なる場合は下記に記入ください) 〒 -			
	令			昭平令	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
※住居届① 【住民票上の住所を正確に転記】		〒 -			※住居届② 【現住所 (居所)】		<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ (異なる場合は下記に記入ください) 〒 -			

※記入要領

- ・住居届①欄は、住民票の写しやマイナンバーカードより正確に転記してください。
- ・個人番号欄は、「マイナンバー(12桁)」を記入してください。
<記入は、新規加入の場合のみで、その他の申請時は不要です。>
- ・個人番号が記載された住民票の写しのコピー(現在の住民票上の住所が記載されたマイナンバーカードの両面コピーでも可)を添付してください。
- ・出生の場合は、扶養者との関係が確認できる住民票コピーの添付が必要となります。

※異動区分と続柄一覧

異動区分	続 柄			
01: 出生	00: 本人	12: 次男	22: 次女	35: 祖母
02: その他被扶養者増	01: 夫	13: 三男	23: 三女	36: 孫 (女)
03: 死亡	02: 妻	19: 養子	29: 養女	50: 義父
04: その他被扶養者減	10: 父	20: 母	30: 祖父	60: 義母
05: 内容変更	11: 長男	21: 長女	31: 孫 (男)	
06: 住所変更				