小野薬品健康保険組合理事長　殿

提出先　① ファイルリクエスト（推奨）：https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4
② 社内便の場合　：　社員 ⇒ 人事労政部 ⇒ 小野薬品健康保険組合

※ 証明書類を添付　上記①の場合はスキャナーやスマホ撮影の画像データ可

健康保険被扶養者（異動）届

被保険者欄												
被保険者等記号・番号	記号	番号	フリガナ		社員番号	性別		生年月日	年　月　日			
			氏名									
資格取得年月日	年　月　日		住所	〒　－　TEL　－　－								
						この届を出す際の標準報酬		この届を出す際の標準報酬以外の収入				

被扶養者欄	増減の区分	フリガナ / 氏名		性別	生年月日	続柄	同居別居の別	職業	今後1年間の収入見額	扶養理由および年月日	資格確認書の要否 注1	発行理由	認定・抹消年月日 保険者認定印
					年　月　日		□同居 □別居※		千円/年	令和　年　月　日	発行が必要 □		
					年　月　日		□同居 □別居※		千円/年	令和　年　月　日	発行が必要 □		
					年　月　日		□同居 □別居※		千円/年	令和　年　月　日	発行が必要 □		
					年　月　日		□同居 □別居※		千円/年	令和　年　月　日	発行が必要 □		
	※ 被扶養者が別居の場合の住所			〒　－									

事業所欄	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 所在地 事業所名 事業主代理人氏名　㊞
	□ この届出については被保険者が作成したものである。

注1：資格確認書の発行要否・理由は裏面でご確認ください

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者

（2024/12/2改）

資格確認書の発行が必要な方（理由）※該当しない場合は発行できません

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を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