全国健康保険協会 船員保険部
船員保険

船員保険 疾病任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

扶

申出者欄						
記号・番号（左づめ）	8 8 0 0 0 0 0 0 0 0 －					
被保険者氏名（申請者）	(フリガナ)	生年月日	昭・平　年　月　日	性別	男・女	
住所	郵便番号　－	電話番号（日中の連絡先）				
	都 道 府 県					

▶ マイナ保険証をお持ちでない場合等は、資格確認書の発行要否欄に必ず☑をしてください。

被扶養者欄

被扶養者情報①

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入
(フリガナ)	昭・平・令　年　月　日	男・女			万円
	マイナンバー（記入がない場合は再提出となります）				
住所	同居・別居（住所　　）				

追加

被扶養者になった日	理由	
令和　年　月　日	該当するものに☑をしてください	☐ 出生　☐ 婚姻　☐ 退職　☐ その他（　　）

資格確認書の発行要否	
	資格確認書の発行が必要な場合は☑してください ☐ 右記のケースに該当するようなマイナ保険証を利用できない状況にあるため、資格確認書の発行を希望します。 ・マイナンバーカードを所有していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介助者が同行し資格確認する必要がある ・その他事由による

削除

被扶養者でなくなった日	理由	
令和　年　月　日	該当するものに☑をしてください	☐ 出生　☐ 後期高齢者医療（都道府県名：　　） ☐ 死亡　☐ その他（　　）

被扶養者情報②

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入
(フリガナ)	昭・平・令　年　月　日	男・女			万円
	マイナンバー（記入がない場合は再提出となります）				
住所	同居・別居（住所　　）				

追加

被扶養者になった日	理由	
令和　年　月　日	該当するものに☑をしてください	☐ 出生　☐ 婚姻　☐ 退職　☐ その他（　　）

資格確認書の発行要否	
	資格確認書の発行が必要な場合は☑してください ☐ 右記のケースに該当するようなマイナ保険証を利用できない状況にあるため、資格確認書の発行を希望します。 ・マイナンバーカードを所有していない ・マイナ保険証の利用登録をしていない ・家族や介助者が同行し資格確認する必要がある ・その他事由による

削除

被扶養者でなくなった日	理由	
令和　年　月　日	該当するものに☑をしてください	☐ 出生　☐ 後期高齢者医療（都道府県名：　　） ☐ 死亡　☐ その他（　　）

記号番号を記入した場合は
記入不要 です。記入した場合は必ず
本人確認書類を添付してください。

被保険者のマイナンバー記入欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

ご提出先
〒102-8016　東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部