ロジスティード健康保険組合　御中

健康保険被扶養者（発生・消滅）届

発生・消滅の該当する項目を〇で囲んで下さい。

健康保険組合			
常務理事	事務長	主任	担当

提出日	令和　＊ 年　＊ 月　＊ 日

被保険者等の記号・番号		所属	氏名
記号 2 0 8	番号 1 2 3 4 5 6	ロジスティード株式会社	健保　ひろし

事業所（本社総務）		

(フリガナ) 氏名 / 個人番号(マイナンバー)	続柄	性別	生年月日	発生消滅理由 ※1	異動年月日	備考	資格確認書 発行要否 ※2
(氏) ケンポ　(名) ヒロミ 健保　ひろみ 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	長女	男・女	昭和 平成 令和 ＊年＊月＊日	ハ	令和 ＊年＊月＊日		□
〒　－　住民票住所を記載して下さい							
(氏)　(名)		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日		令和　年　月　日		□
〒　－							
(氏)　(名)		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日		令和　年　月　日		□
〒　－							
(氏)　(名)		男・女	昭和 平成 令和　年　月　日		令和　年　月　日		□
〒　－							

※1　発生消滅理由を下記より選択して記載ください

発生	イ)本人取得①　ロ)扶養変更⑤　ハ)出産③　ニ)離職④　ホ)結婚⑥　ヘ)収入減⑦　ト)失業給付受給終了⑨　ヲ)その他②
消滅	A)就職⑤　B)離婚⑥　C)75歳(後期到達)⑩　D)収入超過⑨　E)失業給付受給開始⑮　F)死亡④　Z)その他③

※2　発行が必要な場合にのみレ点
資格確認書はマイナ保険証の保有者には交付できません。マイナ保険証では医療機関に受診できない等の特段の事情がある場合のみ交付できます。

2024.12