

記載例

高齢者の医療の確保に関する法律第138条に基づく被扶養者情報の提供

押印不要

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 御中

※保険者番号 0613****

※保険者名称 機構 健康保険組合

所在地 東京都港区新橋〇丁目〇番〇号

※電話番号 03-****-****

※印以外の欄は記載省略可能です。

項番	※カナ氏名	※生年月日	※性別	被保険者証 記号	被保険者証 番号	被扶養者 識別番号	※被扶養者 資格喪失年月日 (西暦)	※都道府県 コード	被扶養者の住所	※報告区分
	※漢字氏名									
1	キコウ ハナコ	明大昭平 26.2.13	1:男	111	222	333	2026年2月13日	13	〒103-**** 東京都中央区日本橋〇丁目〇番〇号	1:報告
	機構花子		2:女							2:取消
2	キコウ タロウ	明大昭平 26.1.15	1:男	444	555	666	2026年1月15日	14	〒231-**** 神奈川県中区山下町〇丁目〇番〇号	1:報告
	機構太郎		2:女							2:取消
		明大昭平	1:男						〒—	1:報告
			2:女							2:取消
		明大昭平	1:男						〒—	1:報告
			2:女							2:取消
		明大昭平	1:男						〒—	1:報告
			2:女							2:取消

注 ※は必須項目を表す。

- 1 「都道府県コード」欄は、被扶養者が居住している都道府県コードを記入すること。なお、都道府県コードは、別添「都道府県コード表」を参照すること。
- 2 「被扶養者識別番号」欄は、保険者において被扶養者別に固有の続柄コードや通し番号を設定している場合に記入する。
- 3 「報告区分」欄は、被扶養者情報を報告する場合は「1：報告」を○で囲み、報告済みの被扶養者情報を取消する場合は「2：取消」を○で囲む。

総被扶養者数

2 件