

健康保険被扶養者(異動)届

令和 年 月 日提出

関西ペイント健康保険組合

被 保 険 者	フリガナ				生年月日	
	氏名				昭和 平成 年 月 日(歳)	
	記号		住所	〒 —		
	番号			電話 — —		

健 保 ・ 伺	常務理事	事務長	点検	担当者
	令和 年 月 日承認			

被 扶 養 者 (家 族)	取 得 (増 員)	No.	フリガナ	性別	生年月日				年齢	続柄	同居 別居	職業または 学年等	収入の種類 および 年間収入額	扶養することになった日	扶養開始理由 (出生以外の場合、「現況届」 を提出してください)	
			氏名		年	月	日	歳								
		1		男・女	昭・平・令							同・別		円	令和 年 月 日	
		マイナンバー(12桁)										資格確認書 発行要否 ☐ 発行が必要				
		2		男・女	昭・平・令							同・別		円	令和 年 月 日	
		マイナンバー(12桁)										資格確認書 発行要否 ☐ 発行が必要				
		3		男・女	昭・平・令							同・別		円	令和 年 月 日	
		マイナンバー(12桁)										資格確認書 発行要否 ☐ 発行が必要				
		4		男・女	昭・平・令							同・別		円	令和 年 月 日	
	マイナンバー(12桁)										資格確認書 発行要否 ☐ 発行が必要					
	喪 失 (減 員)	No.	フリガナ	性別	生年月日				年齢	続柄	被保険者証 もしくは 資格確認書 返却	扶養なくなった日 (就職日等)	扶養終了理由 (該当に○をしてください)	資格喪失証明書の発行が必要 な方は、「あり」に○をしてく ださい。		
			氏名		年	月	日	歳								
		1		男・女	昭・平・令						有・無	令和 年 月 日	就職、 自立、 自営業 認定基準に不該当 その他()	あり ・ なし		
2		男・女	昭・平・令						有・無	令和 年 月 日	就職、 自立、 自営業 認定基準に不該当 その他()	あり ・ なし				
事業所住所 事業所名称 事業主氏名		事業所担当者										健保組合受付印				