

# 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	ケンポ タロウ		生年月日		
	氏名	健保 太郎		昭和 平成	44 年 * 月 * 日 (49 歳)	
	記号	100	住所	〒 *** - **** 〇〇県△△市□□町☆☆番地		
	番号	9999		電話	** - *** - ****	

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

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							
1		男・女	昭・平・令			歳	同・別		円	令和 年 月 日		
	マイナンバー(12桁)											
2		男・女	昭・平・令			歳	同・別		円	令和 年 月 日		
	マイナンバー(12桁)											
3		男・女	昭・平・令			歳	同・別		円	令和 年 月 日		
	マイナンバー(12桁)											
4		男・女	昭・平・令			歳	同・別		円	令和 年 月 日		
	マイナンバー(12桁)											
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	扶養しなくなった日 (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							
1	ケンポ ハナコ	男・女	昭			39 歳	妻	有	令和 1年 9月 1日	就職、自立、自営業 認定基準に不該当 その他( )	あり ・ なし	
	健保 花子		平	*	*							
2		男・女	昭			歳		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	
			平									

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