

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 44 年 * 月 * 日 (49 歳) 平成	
	記号	100	住所	〒 *** — **** 〇〇県△△市□□町☆☆番地	
	番号	9999		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									
		1	ケンポ ハナコ	男	昭和	年	月	日	39 歳	妻	同	無職	0 円	令和 1 年 9 月 21 日	退職したため	
			健保 花子	女	平成	54	*	*								
		マイナンバー(12桁)			*	*	*	*	*	*	*	資格確認書 発行要否				☒ 発行が必要
		2		男	昭和	年	月	日	歳		同・別		円	令和 年 月		
				女	平成											
		マイナンバー(12桁)									資格確認書 発行要否				☐ 発行が必要	
		3		男	昭和	年	月	日	歳		同・別					
				女	平成											
	マイナンバー(12桁)									資格確認書 発行要否				☐ 発行が必要		
	4		男	昭和	年	月	日	歳		同・別						
			女	平成												
	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	扶養しない (就職日等)	扶養開始理由 (該当に○をしてください)		必要な方は、「あり」に○をして ください。			
		氏名		年	月	日					有・無	就職、 自立、 自営業 認定基準に不該当 その他()		あり ・ なし		
	1		男	昭和	年	月	日	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			
			女	平成												
2		男	昭和	年	月	日	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				
		女	平成													

資格確認書発行が必要な方は☑してください。
ただし、以下に該当する場合に限ります。

- ◆マイナンバーカードを取得していない方、
マイナンバーカードの返納者
- ◆マイナンバーカードを保有しているが
健康保険証利用登録を行っていない方、
利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ◆マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方

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