

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・伺	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									
1	ケンポ ハナコ	男	昭和	1	*	*	0	円	令和 1 年 * 月 * 日	出生
	健保 花子	女	令							
	マイナンバー(12桁)	* * * * *								資格確認書 発行要否 <input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要
2		男・女	昭和							
			令							
	マイナンバー(12桁)									資格確認書 発行要
3		男・女	昭和							
			令							
	マイナンバー(12桁)									資格
4		男・女	昭和							
			令							
	マイナンバー(12桁)									資格

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です。

- ◆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

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)	(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								
1		男・女	昭和			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
			令						
2		男・女	昭和			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
			令						

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