

健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	部長	係長	係

受付年月日

以下のとおり届出がありましたので提出します。
平成 年 月 日

事業所の
所在地
名称
事業主 ㊟

※国民年金第3号被保険者関係届は別途必要となります。

事業主確認欄(届出対象者が配偶者及び子の場合に限る)

事業主が確認した場合、□にチェックしてください。
続柄及び住所に関する証明の添付が省略されている者は、届出の記載と相違ないことを確認しました。

記号	番号	氏名	生年月日	性別	標準報酬月額
		(カナ) (氏) (名) ㊟	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	男 女	千円
住所			資格取得年月日	備考	
TEL ()			昭和 年 月 日 平成 年 月 日		

※住所欄は「増」の場合のみ記載

増減の別	氏名				生年月日	個人番号(マイナンバー)					
	(カナ) (氏)	(名)			昭和 平成 年 月 日						
増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養ははじめた日又はしなくなった日とその理由				備考		
	男 女				平成 年 月 日	(理由)					
減	住所				住民票の住所		当該届書提出日の属する年の1月1日の住所				
	同居 別居	※別居の場合 ㊟			同左 □	㊟	同左 □	㊟	都道府県	市区 町村	都道府県
増減の別	氏名				生年月日	個人番号(マイナンバー)					
	(カナ) (氏)	(名)			昭和 平成 年 月 日						
増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養ははじめた日又はしなくなった日とその理由				備考		
	男 女				平成 年 月 日	(理由)					
減	住所				住民票の住所		当該届書提出日の属する年の1月1日の住所				
	同居 別居	※別居の場合 ㊟			同左 □	㊟	同左 □	㊟	都道府県	市区 町村	都道府県
増減の別	氏名				生年月日	個人番号(マイナンバー)					
	(カナ) (氏)	(名)			昭和 平成 年 月 日						
増	性別	続柄	職業等	収入(月額)	扶養ははじめた日又はしなくなった日とその理由				備考		
	男 女				平成 年 月 日	(理由)					
減	住所				住民票の住所		当該届書提出日の属する年の1月1日の住所				
	同居 別居	※別居の場合 ㊟			同左 □	㊟	同左 □	㊟	都道府県	市区 町村	都道府県

◎添付書類

<「増」の場合>

ホームページ(<http://www.osaka-kamisho-kenpo.or.jp/>)をご覧くださいか、健康保険組合(06-4708-3443)まで直接お問い合わせください。

<「減」の場合>

「保険証、高齢受給者証、限度額適用認定証等」及び「新しく加入された保険証の写し」(任意)を添付してください。