

# 健康保険被扶養者異動（認定・削除）届

常務理事	総務部長	課長	主任	係

健康保険	記号	氏名	性 別	男 ・ 女	資格取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	番号	生年月日				

被保険者の住所	〒 _____ TEL ( ) _____	標準報酬月額	千円
---------	-----------------------	--------	----

被扶養者の氏名	性別	生年月日	続柄	個人番号 (マイナンバー)	職業	収入	同居・別居	被扶養者の住所 (別居の場合は必ず記入してください)	扶養するようになった (またはしなくなった)理由	扶養しはじめた (またはしなくなった)日	資格確認書発行要否(注1)
(フリガナ)	男	昭平令 年 月 日				円	同・別	〒	結婚・出生・失業・就職 離婚・死亡・その他 ( )	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	女	昭平令 年 月 日				円	同・別	〒	結婚・出生・失業・就職 離婚・死亡・その他 ( )	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	男	昭平令 年 月 日				円	同・別	〒	結婚・出生・失業・就職 離婚・死亡・その他 ( )	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	女	昭平令 年 月 日				円	同・別	〒	結婚・出生・失業・就職 離婚・死亡・その他 ( )	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	男	昭平令 年 月 日				円	同・別	〒	結婚・出生・失業・就職 離婚・死亡・その他 ( )	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要
(フリガナ)	女	昭平令 年 月 日				円	同・別	〒	結婚・出生・失業・就職 離婚・死亡・その他 ( )	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 発行が必要

上記の記入事項は事実と相違ありませんので届出します。  被保険者氏名	確認欄 <input type="checkbox"/> 被保険者と認定者との続柄を確認しました。(確認欄の□に✓を付けてください。)	受付日
	上記のとおり相違ないことを証明します。  令和 年 月 日	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

- \* 職業欄には無職などのほか、在学中の人については学校名および学年を記入してください。
- \* また、パートやアルバイトなどの収入がある場合は、直近3ヶ月分の給与明細書(写)または前年の給与所得源泉徴収票(写)を添付してください。
- \* 収入欄にはパート給与、各種年金額、不動産収入などの合計額(年額)を記入してください。なお年金受給者は、直近の年金改定通知書または年金振込通知書の写しを添付してください。
- \* 別居の家族(単身赴任・在学中の子は除く)を扶養している場合は、仕送り額について証明するもの(例えば、現金書留受領書、銀行振込受取書など)直近3ヶ月分を添付してください。
- \* 扶養するようになった(またはしなくなった)理由欄は、該当する文字を○印で囲んでください。その他の場合は、その事実を具体的に記入してください。

大阪婦人子供既製服健康保険組合

(注1) 資格確認書の発行が必要な場合は、「発行が必要」にチェックを入れてください。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および返納した方
- ・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および利用登録を解除した方
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの方