

健康保険被扶養者異動届

被保険者証の 記号・番号	記号(1か2)	番号(保険者番号06270748ではありません)	被保険者氏名	標準報酬月額	担当者名	大阪ガス健康保険組合	健保受付印
	□	□□□□□□□□		千円			

(フリガナ) 被扶養者氏名	性別	生年月日			続柄(例 長男等)	同居 ・ 別居	収入状況(収入有の場合は 月平均収入を記入)				異動発生日			申請事由 (下記申請事由 に○をつける)	※健康保険組合記入欄 認定(喪失)日		
							□学生	給与	円	令和	年	月	日		円	円	円
	男・女	昭	年	月	日		同居 ・ 別居	□学生 □無職 □収入有	給与 年金 事業 その他	円 円 円 円	令和	年	月	日	01:被保険者入社 10:結婚 12:離婚 14:出生 16:死亡 18:除籍 20:復籍 30:就職 32:離職 36:雇用保険開始 38:雇用保険終了 91:出産手当開始 92:出産手当終了 94:収入オーバー 95:扶養変更 90:その他 ※	認定 喪失	令和 年 月 日
	男・女	昭	年	月	日		同居 ・ 別居	□学生 □無職 □収入有	給与 年金 事業 その他	円 円 円 円	令和	年	月	日		認定 喪失	令和 年 月 日
	男・女	昭	年	月	日		同居 ・ 別居	□学生 □無職 □収入有	給与 年金 事業 その他	円 円 円 円	令和	年	月	日		認定 喪失	令和 年 月 日
	男・女	昭	年	月	日		同居 ・ 別居	□学生 □無職 □収入有	給与 年金 事業 その他	円 円 円 円	令和	年	月	日		認定 喪失	令和 年 月 日

※その他記入欄

■申請事由が「その他」の場合は詳しく記入	
■配偶者を扶養申請しないときは配偶者の月平均収入を記入	
円/月	
■申請家族が別居しているときは1ヶ月あたりの送金額と別居先住所を記入	
(別居先住所)	〒 -
(送金額)	円/月

- この届は扶養又は抹消の事由が発生してから5日以内に提出してください。
- 続柄は妻、長男、長女、養子など戸籍の続柄を正確に記入してください。
- 必要書類を添付してください。
- 届出内容に誤りや虚偽の内容があった場合、被扶養者の認定を取り消すことがあります。その間に使用された医療費は全額返金していただきます。

事業主(事業主代理人)
当該届の次の事項について確認しました(確認のうえ必ず☑をいれてください)
□申請者(被保険者)本人が作成したまたは記載内容について誤りがないかを申請者(被保険者)本人が確認した □続柄 □同居・別居の区分
事業所所在地
事業所名称
事業主(代理人)氏名
電話
※入社時に申請不能であった場合の理由記入欄

年 月 日 提出