

任意継続の被扶養者申請をおこなう場合

被保険者情報
被保険者証の(左つめ) 記号 番号 (保険者番号06270748ではありません) 生年月日 年 月 日
氏名 (フリガナ) 性別
住所 (〒 -) 都道府県
電話番号 (日中の連絡先) TEL ()

※添付書類が必要です (詳細は「大阪ガス健康保険組合ホームページ」をご覧ください。)

被扶養者情報
申請内容 どちらかにチェックをしてください。 □扶養家族の認定手続き □扶養家族の喪失手続き
申請する家族の氏名 生年月日 性別 同別居
マイナンバー(12ケタ) ※認定の場合ご記入ください
続柄 月平均収入 収入内容
異動発生日 異動理由
「扶養変更」「その他」の場合は理由を詳しく記入
配偶者が扶養家族ではないときは、その配偶者の月平均収入をご記入ください。
申請する被扶養者が別居しているときは、その被扶養者への送金額をご記入ください。

被扶養者に異動がありましたので、上記のとおり届出します。 年 月 日

【添付書類の例】 下記書類以外にも、内容により追加書類を依頼することがあります。
別居の家族を申請するときは、送金証明(送り手・受け手がわかるもの。手渡し、物品は不可)が必要です。

Table with 2 columns: 入れたりはずしたとき, 内容. Rows include 離職, 雇用保険受給終了, 就職, 雇用保険受給開始, 収入オーバー, 死亡.

健保組合 記入欄 認定・喪失 年 月 日

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪ガス健康保険組合

受付日付印