

被扶養者別居先住所変更届（別居→別居）

下記の事由に該当するため、届出します。

申請日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号 (1か2)	番号 (06270748ではありません) (右づめ)	記号番号が分からない場合は個人番号 (マイナンバー) を記入してください										
	事業所番号	氏名	(フリガナ)	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和

対 象 者 欄	異動発生日	年	月	日	該当する申請事由に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください											
	令和					<input type="checkbox"/> 転宅	<input type="checkbox"/> 呼称変更	<input type="checkbox"/> 住所登録内容の訂正	<input type="checkbox"/> その他							
	被 扶 養 者 1	(フリガナ)	氏名	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		申請理由がその他の場合 理由を詳しく記入
	被 扶 養 者 2	(フリガナ)	氏名	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和		
被 扶 養 者 3	(フリガナ)	氏名	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 令和			

新 住 所	都道府県から記入してください													
	〒 -													
TEL ()														

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から届出がありましたので申請します。 年 月 日												
	事業所所在地												
	事業所名称												
	事業主氏名												
電話番号													

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※提出先 (大阪ガス) 人事部人事サービスチーム
(関係会社) 各事業所 人事総務
(任意継続) 大阪ガス健康保険組合

大阪瓦斯健康保険組合

健保受付日付印

※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。

2025.1