

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者（異動）届

被保険者（申請者）記入用

下記のとおり被扶養者に異動がありましたので、届出します。

申請日 年 月 日

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	記号 3	番号 (06270748ではありません) (右つめ)	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										
	氏名	(フリガナ)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和				
	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☑を入れてください				<input type="checkbox"/> 扶養家族の認定手続き		<input type="checkbox"/> 扶養家族の喪失手続き					
	家 族 の 氏 名	(フリガナ)	(氏)	(名)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	同居 別居	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	生年月日	年	月	日	
	続柄	右記該当続柄に ○をつけて ください	夫：05 妻：06 長男：11 二男：12 三男：13 長女：21 二女：22 三女：23 実父：31 実母：32 養父：33 養母：34 兄：41 弟：42 姉：43 妹：44 祖父：71 祖母：72 義父：81 義母：82				個人番号（マイナンバー）※認定の場合ご記入ください						
	収入 状況	収入有の場合は 月平均収入を記入	<input type="checkbox"/> 学 生 <input type="checkbox"/> 無 職	<input type="checkbox"/> 収入有	給与 年金	円	事業 円	円	資格 確認書	<input type="checkbox"/> 交付 必要	理由 番号 (※1)		
	申請 理由	右記該当 申請理由に ○をつけて ください	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				異動 発生 日	令和	年	月	日		
	「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ないときは、健保HP内の夫婦共同扶養収入額確認票・配偶者の所得証明書・世帯全員の住民票を添付

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。 万円/月

(※1) 資格確認書の交付が必要な場合は資格確認書欄の「 交付必要」に☑を入れ、下記の該当する理由番号を理由番号欄に記入してください。

該当する場合のみ交付します。

- 1：マイナンバーカードを取得していない・マイナンバーカードの返納者
- 2：マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れ
- 3：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
- 4：利用登録解除者

【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。

入れたい とき	離職	所得証明書+退職証明書（写し）
	雇用保険受給終了	所得証明書+雇用保険受給者証（写し）+（対象者によっては現況届）
はずした いとき	就職	就職先の資格情報のお知らせもしくは資格確認書（写し）
	雇用保険受給開始	雇用保険受給者証（写し）
	収入オーバー	収入が超えていない月と超えた月の金額がわかるもの
	死亡	死亡診断書（写し）

健康保険組合 記入欄	認定・喪失	令和	年	月	日
---------------	-------	----	---	---	---

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。