

健康保険 被扶養者 住民票に関する届出書

被保険者（申請者） 記入用

下記の事由に該当するため、申請します。

申請日 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被 保 険 者	記号(1か2) <input type="checkbox"/>	番号 (06270748ではありません) (右づめ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>									
	氏 名	(フリガナ) <input type="checkbox"/>			生年月日		年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			

※該当する□に☑を入れてください。												
申 請 内 容	申請事由		<input type="checkbox"/> 被保険者と共に出国（日本を出国時：住民票は国内のまま） <input type="checkbox"/> 被保険者と共に帰国（日本を出国時：住民票は国内のまま） <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	対 象 者 欄	氏 名	(フリガナ) <input type="checkbox"/>	続 柄	<input type="checkbox"/>	生年月日		年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
		氏 名	(フリガナ) <input type="checkbox"/>			続 柄	<input type="checkbox"/>	生年月日		年	月	日
		氏 名	(フリガナ) <input type="checkbox"/>	続 柄	<input type="checkbox"/>			生年月日		年	月	日
		氏 名	(フリガナ) <input type="checkbox"/>			続 柄	<input type="checkbox"/>	生年月日		年	月	日

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。										
	事業所所在地										
	事業所名称										
	事業主氏名										
	電話番号										

添付書類 世帯全員の住民票（原本）

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。