

常務理事	事務長	業務課長	課長代理	主任	課員

健康保険被扶養者（異動）届

大阪府石油健康保険組合 5.12

被 保 險 者 欄	記号	番号	被保険者の氏名		生年月日		性別	被保険者の 年間収入	配偶者の 年間収入	資格取得年月日		標準報酬 月額
			(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2	円	円	昭5 平7 令9	年 月 日	千円
住民票	〒 -				居所	〒 -				備考		
住所	Tel () -				住所	住民票と異なる場合記載する Tel () -						

被 扶 養 者 欄	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	職業	収入	⑩被扶養者になった日 ならなくなった日 (死亡のときは翌日)	理由	個人番号	住所 (被保険者と異なる場合は記入)	
	(フリガナ)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2		円	年 月 日			住民票
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2		円	年 月 日			居所	
(フリガナ)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2		円	年 月 日			住民票	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2		円	年 月 日			居所	
(フリガナ)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2		円	年 月 日			住民票	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2		円	年 月 日			居所	

上記のとおり、被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。
また、上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地	〒 -	令和 年 月 日提出
事業所名称		
事業主氏名		
電話	() -	

社会保険労務士の提出代行者印	

健康保険組合受付印