

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

被 保 險 者 欄	健康保険被保険者証の 記号	番号	被 保 險 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
	郵便番号		被 保 險 者 の 住 所 (フリガナ)			電話番号		備 考				
							() -					

被 扶 養 者 欄	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	職 業	收 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 (別居の場合は記入)	認 定 欄				
	(フリガナ)	(フリガナ)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2			円	年 月 日																	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2			円	年 月 日																	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2			円	年 月 日																	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2			円	年 月 日																	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2			円	年 月 日																	

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。

令和 年 月 日提出

事業所所在地 ー

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

※16歳以上の者（配偶者を除く）を被扶養者として届出の場合は、全て記入してください。

被扶養者認定申告書

被 保 険 者	標準報酬月額	千円	世帯全員の月生計費		円
	給与の月平均手取額	円	上 記 負 担 者 ・ 負 担 額 内 訳	被 保 険 者	円
	賞与の月平均手取額	円			円
	年金収入月額	円			円
	その他収入月額	円			円
	収入月額合計	円			円

(添付書類)

- 別居の場合は負担額の判る書類（手渡しは不可）
 - 父・母等は世帯全員の住民票（続柄表示）
 - 収入の有る方は直近の給与明細等の写しを三か月分
 - 無収入の方は直近の所得証明書
- ※上記以外でも求める場合が有ります

	氏 名	総収入（年額）①	① の 内 訳	雇用保険	扶 養 手 当 支 給 の 有 無	源 泉 徴 収 該 当 の 有 無	被保険者と別居の場合に記入			
							月平均生計費	被保険者からの負担額	負担方法	別居の理由
届 出 被 扶 養 者		円	1. 給与所得 (円) 2. 事業所得 (円) 3. 年金所得 (円) 4. その他所得 (円)	1. 未加入 2. 離職票の交付なし 3. 申請中 (申請予定) 4. 受給中	有・無	有・無	円	円		
		円	1. 給与所得 (円) 2. 事業所得 (円) 3. 年金所得 (円) 4. その他所得 (円)	1. 未加入 2. 離職票の交付なし 3. 申請中 (申請予定) 4. 受給中	有・無	有・無	円	円		
		円	1. 給与所得 (円) 2. 事業所得 (円) 3. 年金所得 (円) 4. その他所得 (円)	1. 未加入 2. 離職票の交付なし 3. 申請中 (申請予定) 4. 受給中	有・無	有・無	円	円		
今 ま で の 生 活 実 態	届出被扶養者の家族構成			氏 名	性 別	年 齢	届出被扶養者との続柄	届出被扶養者との世帯別	届出被扶養者への月生計負担月額	
					男・女	歳		同居・別居	円	
					男・女	歳		同居・別居	円	
					男・女	歳		同居・別居	円	
					男・女	歳		同居・別居	円	
被扶養者自身で生活できない理由										

保 険 者 調 査 結 果	