

取扱注意

増

健康保険被扶養者異動届 (扶養するとき)

健康保険組合 常務理事 事務長 担当者

健保受付

健康保険組合記入欄 異動年月日 号 年 月 日 令和 補記事項

関西電力健康保険組合 常務理事 殿

事業主(事業主代理人)記入箇所 下記の通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 令和 年 月 日 提出

確認欄 この届出は、自署または以下の要件に該当し、「確認欄」に☑を入れた場合は押印を省略することができます。 【要件】この届出については、①または②の要件を満たしたものです。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものです。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認しています。

事業主確認欄 (以下の内容に該当する場合は、事業主にて確認後、☑を入れてください) 被保険者との続柄に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。(内縁関係は省略不可) 確認欄

被保険者番号 被保険者氏名 被保険者生年月日 所属 被保険者住民票住所 被扶養者名 性別 続柄 生年月日 職業・学年等 収入 申請事由 扶養要件を満たした日 同居・別居の区分

被 保 険 者 記 入 欄

申立てを行う被扶養者に☑をつけ、その方の労働契約が確認できる書類を添付してください。