

--

被 保 險 者 欄	事業所					
	記号		氏名			
	番号					
	性別		生年月日	年	月	日
	資格取得年月日		年	月	日	標準報酬月額
	住所					

下記に記載されている被扶養者について確認願います。

氏名	性別	生年月日	年齢	続柄	税法上の	職業	年金受給者で	年間収入	同居別居	備考	健保使用欄
					扶養家族で				の区別		
		年 月 日			有無	学校・学年	有無		同別		
		住所									
		年 月 日			有無		有無		同別		
		住所									
		年 月 日			有無		有無		同別		
		住所									

- 注意 1. 「税法上の被扶養者であるか」「職業」「年金受給者であるか」「年間収入」「同居・別居の区別」の各欄を埋めて下さい。
 2. 氏名、生年月日、続柄等の登録内容に訂正のある場合は、当該訂正箇所を訂正し、訂正内容を赤でご記入下さい。
 3. 被扶養者を削除する場合は、該当する被扶養者を＝線で抹消し、備考欄に理由及び削除する年月日をご記入下さい。
 4. 「住所」が空白の方、住所の登録内容に訂正の必要がある方は、旧住所を＝線で抹消し、郵便番号と現住所をご記入下さい。
 5. 必要な添付書類については、別紙をご参照下さい。

組合提出期限 令和3年1月31日
 (必要な確認書類を添付し、期限までに当組合へ届くようにご提出下さい。)

iDA健康保険組合

〒541-0053
 大阪府大阪市中央区本町3-3-8

TEL 06-6251-7639
 NO:0000001#