# 健康保険被扶養者異動届（出生）

| 常務理事 | 事 務 長 | 関 係 者 | 担　　当 |
|---|---|---|---|
| | | | |

東北電力健康保険組合　御中

年　　月　　日　提出

【注意事項】

1) 市区町村へ乳幼児医療の申請後，該当・不該当に係わらず「乳幼児医療費助成届」を提出すること
2) 生年月日や該当年月日は二桁で記入し，勤務先の健保担当へ提出すること

| 事業所コード | 事　業　所　名　称 | 電話番号（勤務先） |
|---|---|---|
| | | |

| 被保険者 | 氏　　名 | 記号 | 番　号 | 性別 | 生　年　月　日 元号 | 年 | 月 | 日 | 現　　住　　所 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 男・女 | 昭・平 | | | | 〒 |

| 被扶養者 | フリガナ / 氏　　名 | 生年月日 元号 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | 該当年月日 年 | 月 | 日 | 性別 | 個人番号 / 資格確認書発行要否 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 令和 | | | | | | | | 男・女 | □ 発行が必要 |
| | | 令和 | | | | | | | | 男・女 | □ 発行が必要 |
| | | 令和 | | | | | | | | 男・女 | □ 発行が必要 |

| | |
|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |