

正

健康保険被扶養者(異動)届

事業所番号

事業所名

ENEOSグループ健康保険組合

被保険者(申請者) 事業主 マネージャー 担当者 常務理事 事務長 担当者 台帳 個人番号 回収状況 資格確認書

私(申請者)は、適用業務に必要な個人情報をENEOSグループ健康保険組合が使用することについて、この届出により承諾いたします。

発生理由 1.認定 3.同居⇒別居 5.別居⇒別居 2.削除 4.別居⇒同居 6.その他 氏名 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 現住所

被扶養者の氏名 フリガナ 漢字氏名 性別 生年月日 年齢 続柄 職業 収入月額 被扶養者 認定・削除・異動 理由

個人番号 (マイナンバー) 提出拒否

住民票住所 資格確認書発行要否 発行が必要

現住所 同居・別居 理由

被扶養者の氏名 フリガナ 漢字氏名 性別 生年月日 年齢 続柄 職業 収入月額 被扶養者 認定・削除・異動 理由

個人番号 (マイナンバー) 提出拒否

住民票住所 資格確認書発行要否 発行が必要

現住所 同居・別居 理由

資格確認書発行の理由 1: マイナンバーカードを紛失したため 2: マイナ保険証による受診には第三者(介助者など)のサポートが必要なため 3: マイナンバーカードの更新手続き中のため 4: マイナンバーカードを作っていないため 5: マイナンバーカードを持っているが、健康保険証利用登録を行っていないため 6: マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れているため 7: マイナンバーカードを返納したため

【注意事項】 記入例を参考に ※ 印欄のみ記入してください。(発生理由は、該当番号に○を記入) (「6.その他」は、3~5に該当しない場合(被扶養者の登録住所の変更等))

【下記にあたる場合は、削除の対象となります】 (注) 資格確認書を必ず添付してください。(短期間で交付されたものは添付不要です)

資格確認印

