

被 扶 養 者 住 所 届 (配偶者及び39歳以上の被扶養者用)

本届は「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健康診査等の実施に関すること、及び後期高齢者医療制度への移行手続きに関するものの目的以外には使用しません。

下記のとおり事実と相違ないので届けます。
平成 年 月 日

エヌ・ティ・ティ健康保険組合
理事長殿

事業所コード	組織コード	部下コード	生年月日
保険証番号		被保険者氏名	
		印	性別

所属名(勤務先)		担当名	
勤務先電話番号	() -		

被扶養者		続柄	性別	生年月日 (年齢)	世帯別	住所				
その 他 の 家 族	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
	カナ漢字			()		〒	(フリガナ)	-		
事業所	上記のとおり相違ないことを確認しました。 事業所所在地				厚生担当課長	厚生担当主査	担当者	受付年月日	チ ャ ッ ク 欄	
処理欄	事業所名称 電 話								被保険者氏名欄は押印または署名がされているか 別居の者について記入漏れはないか	

**住民票上の住所を記載のうえ、必ず提出して下さい。
配偶者及び39歳以上のご家族を対象といたします。**

40歳～74歳までの被保険者及び被扶養者を対象とする特定健康診査・特定保健指導、健診等の実施にあたり、健保組合から対象者本人のご自宅に受診券や健診結果等を送付する際や、75歳以上が加入する後期高齢者医療制度の移行手続きの際に住所が必要になります。

処 理 欄	投入担当者	受付年月日