|  |
| --- |
| 被保険者等記号 |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　裁 | 常務理事 | 事務長 | 係 | 係 |
|  |  |  |  |

任意継続　健康保険被扶養者（増加）届

決裁日付印

提出期限････異動を生じた日から五日以内

注 意  
事 項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等 番号 |  |  |  | |  |  | 性　別 | 男・女 | 被保険者 の氏名 |  | | 被保険者 の生年月日 | | | | 昭和  平成  令和 | 年　　　月　　　日生 | | |
| 被保険者の 資格取得年月日 | 平 成  令 和 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 被保険者の 報酬月額 | 円 | この届が受理された 後の被扶養者数 | |  | 名 | この届が受理される 前の被扶養者数 | | |  | 名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 世帯の 同・別区分 | 被扶養者の氏名 | | 生　年　月　日 | 性 別 | 続 柄 | 扶養を始 めた年月日 | 理　由 | 被扶養者の職業 | 被扶養者の 月平均収入額 | 認定年月日  【健保記入欄】 | 資格確認書  発行要否 |
| フリガナ | |
| 氏 | 名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同・別 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭･平･令 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |  | 令和  　年 | 月 | 日 |  |  |  | 令和  　年 | 月 | 日 | 必要　・　不要 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同・別 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭･平･令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 必要　・　不要 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同・別 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭･平･令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 必要　・　不要 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同・別 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭･平･令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 必要　・　不要 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 同・別 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭･平･令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 必要　・　不要 |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

令　和　　　　年　　　　月　　　　日 提 出 上記申請内容に相違はありません。

三井物産健康保険組合　理事長殿 被保険者　 住所

氏名

（R6.12）