

被保険者等記号

決裁日付印

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

注意事項

提出期限：…異動を生じた日から五日以内

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