|  |
| --- |
| 被保険者等記号 |
|  |

健康保険　被扶養者（増加）届

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

決裁日付印

提 出 先････事業主を経由して健康保険組合へ

提出期限････異動を生じた日から五日以内

提出部数････二通

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 勤務する 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | 被保険者の 現住所 |  | | | | | |
| 被保険者の 資格取得年月日 | 昭 和  平 成  令 和 | | | 年　　　　　　　月　　　　　　　日 | | | | | | | | | 被保険者の 報酬月額 | | 円 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 事業主確認欄 | ・上記届出内容は事実と相違ないことを確認します。  ・被保険者との続柄（内縁関係は除く）に関する証明書類が省略されている者については、続柄を確認しています。 |
|  |

事業所の所在地及び名称

三井物産健康保険組合　理事長殿

（R6.12）