|  |
| --- |
| 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）