

被保険者等記号

決裁日付印

決裁	常務理事	事務長	係	係

健康保険 被扶養者（増加）届

注意事項

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

被保険者等番		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			昭和 平成 令和	年	月	日	男・女			令和 年	月	日			必要	不要
同・別			昭和 平成 令和				男・女								必要	不要
同・別			昭和 平成 令和				男・女								必要	不要
同・別			昭和 平成 令和				男・女								必要	不要
同・別			昭和 平成 令和				男・女								必要	不要

令和 年 月 日

事業主確認欄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
<input type="checkbox"/>	

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 事業主の氏名