

健康保険被扶養者(新規・追加)届

被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	被保険者氏名		被保険者(社員のお名前)をご記入ください。(印)を押印ください。				配偶者の 年間収入 被保険者の 年間収入
		氏	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女
保険証に記載の記号・番号をご記入ください。				(印)	該当する口に✓印を入れてください。			
被保険者の住所				の住所				
〒				〒				
TEL				続柄をご記入ください。 (妻/夫/長男など)				

下記に該当する場合は「要」にチェックしてください
・マイナンバーカードを所有していない方
・マイナ保険証利用登録をしていない方

資格確認書は発行しますが、すみやかにマイナ保険証の利用登録手続きをしてください。

被扶養者欄	フリガナ	性別	生年月日	続柄	世帯	職業 又は学年	扶養する理由 (該当に✓してください)	資格 確認書	※この欄は記入不要です	
	被扶養者の氏名								認定年月日	
	(氏)	(名)	男	昭和 平成	年	月	日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得(年 月 日入社) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 要 令和 年 月 日 認定
	(氏)	(名)	女	令和	年	月	日	別居	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得(年 月 日入社) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 要 令和 年 月 日 認定
	(氏)	(名)	男	昭和 平成	年	月	日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得(年 月 日入社) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 要 令和 年 月 日 認定
	(氏)	(名)	女	令和	年	月	日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得(年 月 日入社) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 要 令和 年 月 日 認定
	(氏)	(名)	男	昭和 平成	年	月	日	同居 別居	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 本人取得(年 月 日入社) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 要 令和 年 月 日 認定

氏名(漢字)をご記入ください。フリガナも必ずご記入ください。

いずれかに○印をつけてください。

無職、パート、アルバイト等(必ずご記入ください)

記入しないでください。

上記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので確認の上提出します	
所在地 事業所名 事業主名 電話番号	(印)
社会保険労務士の 提出代行者印	

常務理事		

受付印