

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		
		(氏)(名) 保険証に記載の記号・番号をご記入ください。		
被保険者の住所				
〒 TEL 続柄をご記入ください。 (妻/夫/長男など)				

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。

昭和 年 月 日 男 配偶者の年間収入
平成 年 月 日 女 被保険者の年間収入

該当する□に✓印を入れてください。

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		年	月	日						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)	男女	昭和 平成 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)	男女	昭和 平成 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	

印

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