

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			生年月日				性別	被扶養者でない配偶者を有するときに記入してください		
		(氏)(名)			印	昭和	年	月	日	男 ・ 女	配偶者の年間収入 被保険者の年間収入	万円 万円
被保険者の住所					別居する者の住所							
〒 TEL					〒							

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	
	(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	

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