

健康保険被扶養者届

- 増員
- 減員
- 現在

※マイナンバー欄は増員時のみ記入のこと。

*は必須項目です。

*令和 年 月 日提出

被 保 険 者	記号*	番号*	フリガナ*	(氏)	(名)	(印)	性別*	生年月日*	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
			氏名*				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			年 月 日
	所属*	部 課			住所*					

被 扶 養 者	フリガナ*		性別*	生年月日*	年齢*	続柄*	職業*	年金 受給*	* 世帯別	認定年月日(健保記入)			事由*	上段：マイナンバー(増員時)	
	(氏)	(名)								昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>	事由発生年月日*	(出生・就職等)		下段：備考欄	
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	平成 令和	年 月 日				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	平成 令和	年 月 日				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	平成 令和	年 月 日				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	平成 令和	年 月 日				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	平成 令和	年 月 日				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	平成 令和	年 月 日				

※別世帯の場合は、別に「別居申請書」を提出のこと。

(男) 続柄	父	祖父	曾祖父	養父	夫	長男	七男	養子	義父	兄	弟	孫	叔父	甥	義祖父	伯父	義兄	義弟	その他
	母	祖母	曾祖母	養母	妻	長女	七女	養女	義母	姉	妹	孫	叔母	姪	義祖母	伯母	義姉	義妹	その他

所在地
名称
事業主

印

常務理事	事務長	受付	事業所担当者