

正 副

被 扶 養 者 届

◇ 本書には副として必ずコピーを添付してください
◇ 異動事実が生じた日から5日以内に提出してください

健 保 使 用 欄	常務理事	事務長	部 長	課 長	担 当	

◎被扶養者の追加に伴う届出以外は被保険者証を添付してください。

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号	番号 (右づめ)	資 格 取 得 年 月 日	昭 和 年 月 日	標 準 報 酬 額	千 円	転 入 前 の 記 号 ・ 番 号
	氏 名	住 所			記 号			番 号
	生 年 月 日	昭 和 年 月 日	性 別	男 ・ 女				

増 加 少 別	被保険者 との続柄 (例:長男)	フリガナ		生 年 月 日	性 別	職業など 〔学生は学 年も明記〕	同 居 別 居	増または減の理由 とその年月日	認定(喪失)年月日			備 考
		氏 名							健 保 使 用 欄			
増 ・ 減		-----		昭 和 年 月 日	男 ・ 女		同 居 ----- 別 居	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
個人番号		(注意)・被扶養者の追加に伴う届出の場合は、個人番号の記入が必要となります。 ・個人番号は正の届書のみご記入ください。										
増 ・ 減		-----		昭 和 年 月 日	男 ・ 女		同 居 ----- 別 居	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
個人番号		(注意)・被扶養者の追加に伴う届出の場合は、個人番号の記入が必要となります。 ・個人番号は正の届書のみご記入ください。										
増 ・ 減		-----		昭 和 年 月 日	男 ・ 女		同 居 ----- 別 居	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
個人番号		(注意)・被扶養者の追加に伴う届出の場合は、個人番号の記入が必要となります。 ・個人番号は正の届書のみご記入ください。										
増 ・ 減		-----		昭 和 年 月 日	男 ・ 女		同 居 ----- 別 居	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
個人番号		(注意)・被扶養者の追加に伴う届出の場合は、個人番号の記入が必要となります。 ・個人番号は正の届書のみご記入ください。										

受付日付印

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名印	上記のとおり届出します。 平成 年 月 日 印
---------------------------	-----------------------------------

三井健康保険組合