健康保険被扶養者届

| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
|------|-----|-----|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | ı | | | L 1 | _ | n. | | | _ | | la sa | I | | | | |
|-------------------------------|---|------------|--------|-------------|------|-------------|----|--------------|---|---|---------|------|-------|----|---|----------|----|----|
| | 等記号・ | | | | 初 | <u>ሂ</u> 15 | 呆 | 険 | 者 | 氏 | 名 | | 性別 | | 生 | 年 | 日日 | |
| 記号 | | 番号 | フリフ | ガ ナ | | | | | | | | | □ 男 | 昭 | | _ | _ | _ |
| | | | | | | | | | | | | | □女 | 平 | | 年 | 月 | 日 |
| 被保険者が勤 事業所 | 沂 | 事業所: | ı | | | | | | | | | 被保险 | | 昭平 | | 年 | 月 | 日 |
| (会社名・ | 所属) | 連絡先: | | | | | | | | | | 具作权 | 4十万口 | 令 | | | | |
| 住民票住所 ※住民票の住所を そのまま転記して | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 自宅 一 一 携帯番号 一 一 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者氏名 | (住民票氏 | 6名を転記) | 性別 | : | 生 | 年 | 月 | 日 | | 続 | 柄 | 同・別居 | 年間収 | 八 | | 俳 | 考 | |
| フリカ゛ナ | | | 男 | 昭 | | | | | | | | □同居 | | | | | | |
| | | | • | 平 | | 年 | • | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | | | 女 | 令 | | | | | | | | □ 別店 | | 円 | | | | |
| 職業 | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者氏名 | (住民票氏 | 名を転記) | 性別 | : | 生 | 年 | 月 | 日 | | 続 | 柄 | 同・別居 | 年間収 | 八 | | 俳 | 青考 | |
| フリカ゛ナ | | | 男・女 | 昭 平 令 | | 年 | | 月 | 日 | | | □ 同居 | | Щ | | | | |
| 職業 | 〒 円 円 円 円 H H H H H H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者氏名 | (住民票氏 | 名を転記) | 性別 | : | 生 | 年 | 月 | 日 | | 続 | 柄 | 同・別居 | 年間収 | 入 | | 備 | 青考 | |
| フリカ゛ナ | | | 男 | 昭 | | | | | | | | □同居 | | | | | | |
| | | | · 女 | 平 令 | | 年 | • | 月 | 日 | | | □別居 | | 円 | | | | |
| 職業 | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 被扶養者氏名 | (住民票氏 | — 名を転記) | 性別 | | 生 | 年 | 月 | 日 | | 続 | —— 柄 | 同・別居 | 年間収 | 入 | | | 青考 | |
| フリカ゛ナ | | | 男 | 昭 | | | | | | | | □同居 | | | | | | |
| | | | • | 平 | | 年 | • | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | | | 女 | 令 | | | | | | | | | | 円 | | | | |
| 職業 | | | | | 1 |]人 | 番号 | } | | | | _ | - | | _ | | | |
| 【注意事項】 | | | | | | | | | | | | | 令和 | 年 | | 月 | 日: | 提出 |

- 1. 氏名、生年月日は住民票のとおりに記入してください。
- 2. 該当する口(チェックボックス)にレ点を記入してください。
- 3. 年間収入欄には今後1年間の収入見込額を記入してください。
- 4. 職業欄には「主婦」「小学1年生」「年金受給者」など、被扶養者の実態がわかるように記入してください。
- 5. 雇用保険(失業保険)、出産手当金、傷病手当金等の受給期間中は被扶養者として認められません。

| | この届について事実と相違ない | ことを証明します | t. | | | |
|--------|----------------|----------|----|---|---|--|
| 事業主の証明 | 事業主 住所 | 令和 | 年 | 月 | B | |
| | 氏名 | | | | | |

| カード | 証明書 |
|-----|-----|
| | |
| | |

/ 受付日付印