

常務理事	事務長	担当者

健康保険被扶養者届

被保険者等記号・番号		被 保 険 者 氏 名		性別	生 年 月 日		
記号	番号	フリガナ		☐ 男 ☐ 女	昭 平 年 月 日		
被保険者が勤務する事業所 (会社名・所属)		事業所： 連絡先：		被保険者の資格取得年月日		昭 平 年 月 日	
住民票住所		〒 ー					
※住民票の住所をそのまま転記して下さい。							
連絡先		自宅		ー		携帯番号	ー
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	備考
フリガナ		男・女	昭 平 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	
職業			個人番号	ー			
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	備考
フリガナ		男・女	昭 平 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	
職業			個人番号	ー			
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	備考
フリガナ		男・女	昭 平 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	
職業			個人番号	ー			
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	備考
フリガナ		男・女	昭 平 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	
職業			個人番号	ー			
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	備考
フリガナ		男・女	昭 平 年 月 日		☐ 同居 ☐ 別居	円	
職業			個人番号	ー			

令和 年 月 日 提出

【注意事項】

- 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□(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。

受付日付印

事業主の証明	この届について事実と相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	事業主 住所	
	氏名	

カード	証明書