

健康保険被扶養者届

常務理事	事務長	担当者
健保使用欄		

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 デンツウ タロウ		☒ 男	☒ 昭	××年××月××日
×××	×××××	電 通 太 郎		☐ 女	☐ 平	
被保険者が勤務する 事業所 (会社名・所属)		事業所：(株) 電通 ××局 ××部 連絡先： 03-××××-××××		被保険者の 資格取得年月日		☒ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ××年××月××日
住民票住所 ※住民票の住所を そのまま転記して下さい。		〒 ××× - ×××× ×××× 東京都港区××××-××-××-××				
連絡先		自宅		携帯番号		
		-		-		
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
フリガナ デンツウ ハナコ		男	☒ 昭	妻	☒ 同居 ☐ 別居	0 円
電通 花子		女	☐ 平			
			☐ 令			
職業	無職		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
フリガナ デンツウ コタロウ		男	☐ 昭	長男	☐ 同居 ☒ 別居	0 円
電通 小太郎		女	☒ 平			
			☐ 令			
職業	大学1年生		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
フリガナ		男	☐ 昭		☐ 同居 ☐ 別居	円
		女	☐ 平			
			☐ 令			
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
フリガナ		男	☐ 昭		☐ 同居 ☐ 別居	円
		女	☐ 平			
			☐ 令			
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
フリガナ		男	☐ 昭		☐ 同居 ☐ 別居	円
		女	☐ 平			
			☐ 令			
職業			個人番号		- -	

令和 年 月 日 提出

【注意事項】

- 氏名、生年月日は住民票のとおりに記入してください。
- 該当する□(チェックボックス)にレ点を記入してください。
- 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。
- 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。
- 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

健保使用欄

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	事業所担当者が記入
	氏名	

カード	証明書
健保使用欄	