

今後1年間の収入見込額
を記入してください。

*裏面をよく読んで

太枠内をすべて記入してください。

被扶養者届 (台帳)

2019.5 改訂

保険証 記号	△Z	保険証 番号	6△×29					令和1年5月15日申請		
氏名	健保 守 (健)			生年月日	昭和52年3月10日	入社年月日	昭和31年5月1日	個人 コード	18X△012	
				住所	〒556-0000 大阪府大阪市浪速区00-1-2-3 浪速2丁目1番06-60XX-9x32 1000号					
所 属	◎◎店 総務部 総務			売場・グループ	電話番号 (内線)	(外線)	*健保記入欄 (標準報酬月額)			
					8-XX-10X△ (06)6000-XX00	千円				
申請 の対象 となる 被扶養者	氏名	該当に ○を!	性別	生年月日	今後1年間の収入見込 及び収入の種類	世帯	税扶養	異動年月日 及び異動事由	*承認 (停止) 年月日 (処理年月日)	
	続柄	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	フリガナ	
	妻	健保 はる子	認定 削除	男 女	昭和・平成・令和 52年1月26日	420,000円 (収入の種類) 給与収入	同居 別居	該当 不該当	31年5月1日 (異動事由) 入社時	年 月 日 (年 月 日)
	長男	健保 一郎	認定 削除	男 女	昭和・平成・令和 16年7月29日	0円 (収入の種類) 中学生	同居 別居	該当 不該当	31年5月1日 (異動事由) 入社時	年 月 日 (年 月 日)
奥母	健保 夏枝	認定 削除	男 女	昭和・平成・令和 22年3月3日	720,000円 (収入の種類) 年金	同居 別居	該当 不該当	31年5月1日 (異動事由) 入社時	年 月 日 (年 月 日)	

所在地
事業所の
名称

事業主の氏名

*健康扶養
《特記事項》

別居の場合
仕送りが必要
です

受付印

*事業所担当者確認欄

事業者 (店) 名	担当者氏名
◎◎店	海山 洋子 (海)

保険証		第3号処理日	
交付日	回収日	取得時	喪失時

常務理事	事務長		担当者	マスター登録

必ずこの手続きを行った方の確認印を
お願いします