

*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)

2021.7 改訂

保険証 記号	〇〇	保険証 番号	〇〇〇〇〇					令和 〇 年 〇 月 〇 日 申請			
氏 名	健保 守			生年月日	昭和 平成 令和	〇〇 年 〇 月 〇 日	入社年月日	昭和 平成 令和	〇〇 年 〇 月 〇 日	個 人 コード	〇〇〇〇〇〇〇
				住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇 県 〇〇 市 〇〇 町 〇〇-〇〇 〇〇 〇〇 〇〇〇-〇〇〇〇						
所 属	〇〇 店 〇〇 部 〇〇 売場・グループ			電話番号 (内線) (外線) 8-XX-XXXX (〇〇) XXX-XXXX				*健保記入欄 (標準報酬月額) 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	今後一年間の収入見込 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	男	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	円 (収入の種類)	同居 別居	該 当 不該当	〇〇 年 〇 月 〇 日 (異動事由) 就 職	年 月 日 (年 月 日)		
	長男 健保 一郎	認定 削除	女	〇〇 年 〇 月 〇 日							
	続 柄	フリガナ	男	昭和・平成・令和 〇〇 年 〇 月 〇 日	円 (収入の種類)	同居 別居	該 当 不該当	〇〇 年 〇 月 〇 日 (異動事由) 収入オーバー	年 月 日 (年 月 日)		
二男 健保 次郎	認定 削除	女	〇〇 年 〇 月 〇 日								
続 柄	フリガナ	男	昭和・平成・令和 年 月 日	円 (収入の種類)	同居 別居	該 当 不該当	年 月 日 (異動事由)	年 月 日 (年 月 日)			
		認定 削除	女								

所在地 事業所の 名 称
事業主の氏 名

*健保使用欄 《特記事項》

受 付 印

*事業所担当者確認欄

事業者 (店) 名	担当者氏名

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