① 事業所記号		

健康保険被扶養者（新規・増加）届

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

提出先 事業所を経由して健康保険組合へ
提出期限 異動を生じた日から五日以内
提出部数 二通（正・副）

被保険者欄

② 被保険者証番号		③ 氏名	㊞	④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生
⑥ 勤務先名称		⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	⑧ 標準報酬月額	千円	⑨ 収入（年収）	万円
⑩ 被保険者の住所		⑪ この届出が受理された後の被扶養者数	名	⑫ この届出が受理される前の被扶養者数	名		

被扶養者欄①

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒 ― 電話番号 ( )	備考	
個人番号		個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. 後日提出 3. その他( )				扶養開始日	令和	年	月	日	申請理由		職業	収入（月収） 円	※認定日 令和 年 月 日

※健保記入欄

被扶養者欄②

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒 ― 電話番号 ( )	備考	
個人番号		個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. 後日提出 3. その他( )				扶養開始日	令和	年	月	日	申請理由		職業	収入（月収） 円	※認定日 令和 年 月 日

被扶養者欄③

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒 ― 電話番号 ( )	備考	
個人番号		個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. 後日提出 3. その他( )				扶養開始日	令和	年	月	日	申請理由		職業	収入（月収） 円	※認定日 令和 年 月 日

令和　年　月　日提出

提出者

事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にﾁｪｯｸしてください。

☐ 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

MBK連合健康保険組合　理事長　殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

① 事業所記号		

副

提出先　事業所を経由して健康保険組合へ
提出期限　異動を生じた日から五日以内
提出部数　二通（正・副）

健康保険被扶養者認定・不認定通知書

被保険者欄

② 被保険者証番号		③ 氏名	㊞	④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成　年　月　日生
⑥ 勤務先名称		⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和　年　月　日	⑧ 標準報酬月額	千円	⑨ 収入（年収）	万円
⑩ 被保険者の住所		⑪ この届出が受理された後の被扶養者数	名	⑫ この届出が受理される前の被扶養者数	名		

被扶養者欄①

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令　年　月　日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒　ー 電話番号　（　）	備考	
						扶養開始日	令和　年　月　日	申請理由		職業	収入（月収）　円	※認定日 令和　年　月　日

被扶養者欄②

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令　年　月　日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒　ー 電話番号　（　）	備考	
						扶養開始日	令和　年　月　日	申請理由		職業	収入（月収）　円	※認定日 令和　年　月　日

被扶養者欄③

氏名		続柄		性別	男・女	生年月日	昭・平・令　年　月　日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒　ー 電話番号　（　）	備考	
						扶養開始日	令和　年　月　日	申請理由		職業	収入（月収）　円	※認定日 令和　年　月　日

※健保記入欄

令和　　年　　月　　日 に提出された届に基き上記のとおり確認されたので通知します。

提出者

事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にﾁｪｯｸしてください。
☐ 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

MBK連合健康保険組合　理事長

確認日付印