

# 任意継続被保険者

## 健康保険被扶養者増加届

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
----	------	-------	------	-----

任 継	被保険者等記号
	9 0 0

正

提出日：異動を生じた日から五日以内  
被保険者自ら署名する場合には押印は不要です

被保険者欄	被保険者番号	1	2	3	4	5	被保険者の氏名	神 田 司			性別	男 女	被保険者の生年月日	昭和 57 年 6 月 15 日生 平成
	被保険者の資格取得年月日	令和 7 年 4 月 1 日					この届を出す際の被保険者の標準報酬月額	300 千円		この届が受理された後の被扶養者数	2 名		この届が受理される前の被扶養者数	1 名

※氏名、フリガナは住民票表記でご記入ください。

被扶養者欄①	フリガナ	カンダ		マチコ		続柄	長女	性別	男 女	生年月日	昭 平 令	年 月 日	070509	住所 (別居の場合のみ)	〒 -		
	氏名	神田		真知子			(例:長男)		無職		電話番号		( )				
	個人番号	※個人番号は必ず記載してください。					個人番号が記入できない場合の理由	1. 海外在住 2. その他 ( )	資格 確認 書 発行 要 否	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ※下記のA~Gの理由に該当している場合のみ、✓及び記載をしてください					備考		
	扶養開始日	令和	0	7	0	5	0	9	届出理由	出生		収入 (月収)	0 円			申請理由 (A~G)	C

※健保記入欄

被扶養者欄②	フリガナ					続柄	(例:二男)	性別	男 女	生年月日	昭 平 令	年 月 日		住所 (別居の場合のみ)	〒 -		
	氏名						(例:二男)				電話番号		( )				
	個人番号	※個人番号は必ず記載してください。					個人番号が記入できない場合の理由	1. 海外在住 2. その他 ( )	資格 確認 書 発行 要 否	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ※下記のA~Gの理由に該当している場合のみ、✓及び記載をしてください					備考		
	扶養開始日	令和							届出理由			収入 (月収)				申請理由 (A~G)	

上記のとおり申請します。  
令和 7 年 5 月 14 日 提出

(※)資格確認書発行要否の申請理由がAとBの方は、別途「資格確認書(再)交付申請書」もご提出ください。

被保険者	氏 名	神 田 司	
	住 所	〒101-0048 東京都千代田区神田司町1-1-1	
	電話番号	03-1111-2222	



MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印
-------