

任意継続被保険者

健康保険被扶養者増加届

任 継	被保険者記号
	9 0 0

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

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

被保険者欄	被保険者番号					被保険者の氏名	印	性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和	年	月	日生
	被保険者の資格取得年月日	令和	年	月	日	この届を出す際の被保険者の報酬月額	千円	この届が受理された後の被扶養者数	名	この届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. 短期在留 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	※ 令和 年 月 日
被扶養者欄②														
被扶養者欄③														

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日 提出

被保険者	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

※健保記入欄

