

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 900

決裁 常務理事 マネジャー リーダー 担当者

正

被保険者欄 被保険者番号 被保険者の氏名 性別 男・女 被保険者の生年月日 昭和 平成 年 月 日生 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 ② 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. 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 認定日 令和 年 月 日

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

※健保記入欄

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

