

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	被保険者記号
	9 0 0

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	1	2	3	4	5	被保険者の氏名	神田 司			性別	男	被保険者の生年月日	昭和 57 年 6 月 15 日生
	被保険者の資格取得年月日	令和 6 年 1 月 1 日					この届を出す際の被保険者の報酬月額	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

被扶養者欄①	氏名	カ ン ダ	マ コ ト	続柄	長 女	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	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	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 0 6 0 4 0 1	申請理由	出生	職業	無職	収入(月収)	0 円	※ 認定日
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 〒 - 電話番号 ()	備考							
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							

上記のとおり申請します。
令和 6 年 4 月 5 日 提出

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
