

① 事業所記号		
9	9	9

## 健康保険被扶養者（新規・増加）届

決裁	常務理事	マネージャー	リーダー	担当者

正

被保険者欄	② 被保険者証番号	3 3 3	③ 氏名	健康 保			④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 40 年 10 月 4 日生	
	⑥ 勤務先名称	三井物産〇〇〇〇株式会社			⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和	3 年 5 月 1 日	⑧ 標準報酬月額	260 千円	⑨ 収入(年収)	約400 万円
	⑩ 被保険者の住所	東京都渋谷区渋谷1-2-3 渋谷マンション1001号室			⑪ この届出が受理された後の被扶養者数			2 名	⑫ この届出が受理される前の被扶養者数		

被扶養者欄①	氏名	ケンコウ	セイコ	健康 清子	続柄	妻	性別	男・女	昭・平・令	4 3 1 2 1 2	住所	同居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください	〒	備考			
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	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	0 3 0 5 0 1	申請理由	保険加入	職業	パート	収入(月収)	80,000 円	※ 令和 年 月 日	認定日	(空欄)	
被扶養者欄②	氏名	ケンコウ	ハジメ	健康 元	続柄	長男	性別	男・女	昭・平・令	0 9 0 3 0 5	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	〒 001 - 0001	北海道札幌市中央区旭ヶ丘1-1-1	電話番号	090 ( 1111 ) 2222	備考
	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8	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	0 3 0 5 0 1	申請理由	保険加入	職業	大学2年生	収入(月収)	0 円	※ 令和 年 月 日	認定日	(空欄)	
被扶養者欄③	氏名				続柄		性別	男・女	昭・平・令		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	〒	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		申請理由		職業		収入(月収)		※ 令和 年 月 日	認定日

令和 3 年 5 月 15 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。	
	<input type="checkbox"/> 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	東京都中央区日本橋1丁目2番地3号
	事業所名称	三井物産〇〇〇〇株式会社
	事業主氏名	代表取締役社長 三井 一郎
電話番号	03(4567)0000	
	印 (省略可)	

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

提出部 提出先 事業所を經由して健康保険組合へ (正・副) から五日以内

健康保記入欄