

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

## 健康保険被扶養者届（申請・増員・減員）

|                 |          |               |     |             |                                     |               |                            |                      |                      |     |
|-----------------|----------|---------------|-----|-------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------|----------------------|----------------------|-----|
| 被保険者証の<br>記号・番号 |          | フリガナ          |     | ⑨           | 性別                                  | 男女            | 被保険者<br>生年月日               | 昭和<br>平成 年 月 日       |                      |     |
| 所 属<br>事業所名     |          |               |     | 事業所<br>所在地  |                                     |               |                            |                      |                      |     |
| 被 保 険 者<br>住 所  | 〒 電話 ( ) |               |     |             |                                     |               |                            |                      |                      |     |
| フリガナ            | 性別       | 被扶養者の<br>生年月日 | 続 柄 | 被扶養者<br>の職業 | 被 保 険 者 と の<br>被 扶 養 者 と の<br>世 帯 別 | 被扶養者<br>の 収 入 | 扶 養 し 始 め た<br>年 月 日 及 事 由 | 家 族 手 当<br>支 給 の 有 無 | 被扶養者でなくな<br>った年月日及事由 | 備 考 |
| 被扶養者の氏名         |          |               |     |             |                                     |               |                            |                      |                      |     |
|                 | 男        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               | 年 月 日                      | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 女        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 男        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 女        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 男        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 女        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 男        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |
|                 | 女        | 明大昭平          |     |             | 同・別                                 |               |                            | 有・無                  | 年 月 日                |     |

|               |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|
| 所属事業<br>所 検 印 |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|

年 月 日提出

受付日付印

日本発条健康保険組合殿

事業所の名称及び所在地  
事業主の氏名

⑨