

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険被扶養者届

- 私は、中越パルプ工業㈱を代理人と定め療養付加金等の受領方を委任します。
 資格取得にあたり、被扶養者はいないことをお届けします。
 以下の通り、被扶養者を申請します。

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	被保険者の氏名 (自署)			
	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	備考
	現住所	〒 _____ 電話番号 () - _____				

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	個人番号										
	続柄	職業	収入 (年収)	円	理由	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	
	住居区分	※1 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 _____ 電話番号 () - _____								
	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 _____ 都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	〒 _____ 都道府県	市区町村				

※被保険者と同じ住所の場合は「同上」で可。また、住民票住所が現住所であれば同上にチェックを入れ、記入は不要です。

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女	
	個人番号										
	続柄	職業	収入 (年収)	円	理由	被扶養者になった日	9.令和	年	月	日	
	住居区分	※1 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	〒 _____ 電話番号 () - _____								
	住民票住所	同上 <input type="checkbox"/>	〒 _____ 都道府県	市区町村	当該届出書の提出年1月1日の住所	〒 _____ 都道府県	市区町村				

※被保険者と同じ住所の場合は「同上」で可。また、住民票住所が現住所であれば同上にチェックを入れ、記入は不要です。

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	() _____

令和 年 月 日 提出 受付年月日

健康保険組合記入欄	
標準報酬月額	千円
扶養認定日	9令和 年 月 日

注
意
事
項

- すべて事実を記入してください。
(万一、虚偽の申請により扶養認定を受けたことが判明した場合、資格を遡って取消し、医療費等の給付金を返還していただきます。)
- 続柄欄は、妻、内縁の妻、実父、妻の実父、長男、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入してください。
- 職業欄は、文字にこだわらず小学六年、中学二年、高校三年、大学一年、ミシン内職、新聞配達、利子収入等具体的に記入してください。
- 理由欄は、扶養になった理由として、結婚、出産、失業、家事手伝、不具廃疾、養子縁組等事実を具体的に記入してください。
- 間違えて記入され、訂正する場合は、二重線で消し、訂正箇所サインをしてください。(修正液・テープは不可。)
- この届出は、事業主の証明が必要ですので、事業主へ提出ください。

※ご記入いただいた(特定)個人情報、健康保険に関する手続きにのみ利用させていただきます。