

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 <small>(フリガナ)</small>	氏名 <small>(氏)</small>	氏名 <small>(名)</small>	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 <small>(年収)</small>		円	理由	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日
	住居区分	※1 現住所	〒 _____ 電話番号 ( ) _____										
	住居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		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 <small>(フリガナ)</small>	氏名 <small>(氏)</small>	氏名 <small>(名)</small>	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 <small>(年収)</small>		円	理由	被扶養者 になった 日	9.令和	年	月	日
	住居区分	※1 現住所	〒 _____ 電話番号 ( ) _____										
	住居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		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 交付年月日

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

1. 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。)
2. 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。
3. 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。
4. 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。
5. 間違って記入され、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。)
6. 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。