

極秘

秘密

被保険者についてご記入をしてください。

審査	入力	一次	二次	発送

被保険者証の 記号及び番号	記号	2312	被保険者の 氏名	健保 太郎 (印)		性別	男 女	配偶者の 有無	有 無	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	8年8月13日
	番号	33		被保険者の 標準報酬月額	360		千円		被保険者の 住所		横浜市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号	
資格取得年月日	昭和 平成 令和	29年1月1日										

性別	続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名		被扶養者の 生年月日	職業	配偶者の 有無	同居 ・ 別居	被扶養者の住所	被扶養者になった日	理由	年間収入額 (給与、年金等)	雇用保険の 受給の有無
		被扶養者 氏名	被扶養者 氏名						被扶養者 になった日		年間収入額 (給与、年金等)	
男 女	子	ケンボ	ハナコ	29年4月1日	無職	有 無	同居 ・ 別居	同上	29年4月1日	出生	円	受給中・受給予定 受給しない・受給終了
		健保	花子						年 月 日		円	

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	備考
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

男 女	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		同居 ・ 別居	年 月 日	円	受給中・受給予定 受給しない・受給終了
							年 月 日	円	

被扶養者についてご記入をしてください。

個人番号													
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

男 女	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日		有 無	同居 ・ 別居	年 月 日	円

個人番号													備考
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

事業所所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町		
事業所名称	〇〇病院		
事業主氏名	〇〇 〇〇		
電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		



( 印欄：任意継続被保険者による届出の場合は記入不要です。 )

お願い！！

○記入誤りがないか再度ご確認ください。

○添付書類の付け忘れがないか再度ご確認ください。  
被扶養者（異動）届の裏面に記載されています。  
なお、当組合ホームページ 「健康保険の資格」  
「被扶養者になるとき、または被扶養者でなくなるとき」  
でも確認できますのでご参照ください。