

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								
資格取得年月日		昭和 平成 令和	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												
性別	続柄	(フリガナ) 被扶養者氏名 ケンボ ハナコ		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			
男・女	子	(氏) 健保	(名) 花子	昭和 平成 令和	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			
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		有・無	同居・別居	年 月 日		円		受給中・受給予定 受給しない・受給終了				
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																	

被扶養者についてご記入をしてください。



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。

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。)

