

# 健康保険被扶養者届 (増)

常務理事	事務長	係

被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	被保険者 氏名	(フリガナ)	性別	生年月日
					男・女	年 月 日
被保険者の住所 (住民票の住所)	〒 - 都 道 府 県					
被扶養者氏名 (フリガナ: )			性別	生年月日	続柄	扶養し始めた理由及び年月日
			男・女	年 月 日		出生・離職・収入減 入社・他 ( ) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)			職業	年収	円	備考
被扶養者氏名 (フリガナ: )			性別	生年月日	続柄	扶養し始めた理由及び年月日
			男・女	年 月 日		出生・離職・収入減 入社・他 ( ) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)			職業	年収	円	備考
被扶養者氏名 (フリガナ: )			性別	生年月日	続柄	扶養し始めた理由及び年月日
			男・女	年 月 日		出生・離職・収入減 入社・他 ( ) 年 月 日
個人番号 (マイナンバー)			職業	年収	円	備考

(注意事項)

- 記入もれのないように記載し、必要な添付書類 (HPに掲載) を添えて提出してください。
- 住所は必ず「住民票」と同じく記載してください。
- 年収額は今後1年間の見込額で記入してください。

事業所 所在地			
事業所 名称			
事業主 氏名			
事業主確認欄	事業主が確認した場合に○ で囲んでください。	<input checked="" type="checkbox"/> 確認	収入に関する証明の添付が省略されている者は、所得税法上の控除対象配偶者・扶養親族であることを確認しました。