

記入見本
太枠内記入

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) アケボノ タロウ	性別	生年月日
	1	2345		曙 太郎	男 ・女	昭和 ●● 年 1 月 1 日
被保険者の住所 (住民票の住所)	〒 348-8508 埼玉県 都 道 府 県 羽生市東5丁目8番3号 ※住民票の住所と同じく記載					
被扶養者氏名 (フリガナ: アケボノ ハナコ)	性別	生年月日	続柄	扶養し始めた理由及び年月日		
曙 花子	男・ 女	昭和 ●● 年 1 月 1 日	妻	出生・ 離職 ・収入減 入社・他 ()	令和 ●● 年 5 月 1 日	
個人番号 (マイナンバー)	職業	年収	備考			
0 1 X X 0 0 X X X 1 0 0	無職	0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	備考			
		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	備考			
		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。	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。