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

被保険者の記号及び番号	記号	番号	被保険者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 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 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（ﾌﾘｶﾞﾅ：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） 0 1 X X 0 0 X X X 1 0 0	職業	無職	年収	0円	資格確認書発行要否 □発行が必要

被扶養者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ：　　）	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	資格確認書発行要否 □発行が必要

被扶養者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ：　　）	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	資格確認書発行要否 □発行が必要

（注意事項）

1．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い。

2．住所は必ず「住民票」と同じく記載してください。

3．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 事業所　氏　名	