

# 任意継続被保険者

## 健康保険被扶養者（増加）届

任 継	被保険者記号
	9 0 0

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

提出日：異動を生じた日から五日以内

被 保 険 者 欄	被保険者番号	1	2	3	4	5	被保険者の氏名	神 田 司			性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和 57 年 6 月 15 日 平成
	被保険者の資格取得年月日	昭和 28 年 4 月 1 日 平成					この届を出す際の被保険者の報酬月額	320 千円		この届が受理された後の被扶養者数	2 名		この届が受理される前の被扶養者数	1 名

被 扶 養 者 欄 ①	氏名	カ ン ダ マ チ コ	神 田 真 知 子	続柄	長 女	性別	男・女	生年月日	昭 平 29 0 1 0 9	住所	同居 〒 - 電話番号 ( )	備考	
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )			扶養開始日	平 29 0 1 0 9	申請理由	出生	職業	無職	収入(月収)	0 円
被 扶 養 者 欄 ②	氏名			続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平	住所	同居 〒 - 電話番号 ( )	備考	
	個人番号		個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )			扶養開始日	平	申請理由		職業		収入(月収)	円
被 扶 養 者 欄 ③	氏名			続柄		性別	男・女	生年月日	昭 平	住所	同居 〒 - 電話番号 ( )	備考	
	個人番号		個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. 短期在留 3. その他( )			扶養開始日	平	申請理由		職業		収入(月収)	円

上記のとおり申請します。  
平成 29 年 1 月 15 日 提出

被 保 険 者	氏 名	神 田 司		神 田
	住 所	〒101-0048 東京都千代田区神田司町1-1-1		
	電話番号	03-1111-2222		

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

※健保記入欄