

① 事業所記号

--	--	--

決	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
裁				

健康保険被扶養者（新規・増加）届

正

提出期限先
提出部
提出先
事業所を
通（正・副）
を經由して
健康保険組
合へ
提出した日
から五日以
内

被 保 険 者 欄	② 被保険者証番号	③ 氏名	④ 性別	⑤ 生年月日	昭和 平成	年	月	日	昭 和 平 成	年	月	日	生
	⑥ 勤務先名称	⑧ 取得年月日	昭和 平成	年	月	日	⑨ 標準報酬月額	千円	⑨ 収入(年収)	万円			
	⑪ 被保険者の住所	⑫ この届出が受理された後の被扶養者数		⑬ この届出が受理される前の被扶養者数									

被 扶 養 者 欄 ①	氏名	続柄	性別	男・女	生年月日	昭 平	年	月	日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒 - 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. 後日提出 3. その他()			扶養開始日	平	年	月	日	申請理由	職業	収入(月収)	円
被 扶 養 者 欄 ②	氏名	続柄	性別	男・女	生年月日	昭 平	年	月	日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒 - 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. 後日提出 3. その他()			扶養開始日	平	年	月	日	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	年	月	日	住所	同居 別居	※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください 〒 - 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. 後日提出 3. その他()			扶養開始日	平	年	月	日	申請理由	職業	収入(月収)	円

※健康保
険記入欄

平成 年 月 日 提出

提 出 者	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者	
	(印)

受付日付印

--

① 事業所記号

健康保険被扶養者認定・不認定通知書

副

提出先 提出期 提出部 提出数 異なる事業所を經由した日から五日以内

② 被保険者証番号	③ 氏名							④ 性別 男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成 年 月 日生
⑥ 勤務先名称	⑧ 取得年月日							昭和 平成 年 月 日	⑨ 標準報酬月額	⑨ 収入(年収) 千円 万円
⑪ 被保険者の住所	⑫ この届出が受理された後の被扶養者数 名					⑬ この届出が受理される前の被扶養者数 名				

被扶養者欄①	被扶養者欄②	被扶養者欄③
氏名	氏名	氏名
続柄	続柄	続柄
性別 男・女	性別 男・女	性別 男・女
生年月日	生年月日	生年月日
昭 平	昭 平	昭 平
住所	住所	住所
同居 別居	同居 別居	同居 別居
※被保険者と別居の場合は住所をご記入ください		
〒 _____ 電話番号 ()		
備考	備考	備考
扶養開始日		
平	平	平
申請理由		
職業		
収入(月収) 円		
※ 認定日		
平成 年 月 日		

平成 年 月 日に提出された届に基づき上記のとおり確認されたので通知します。

受付日付印

提出者
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

印

MBK連合健康保険組合 理事長

※健康記入欄