

任 継	被保険者記号
	9 0 0

任意継続被保険者 健康保険被扶養者増加届

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		被保険者の氏名		性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	性	男・女	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日	生
	被保険者の資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日	この届を出す際の被保険者の報酬月額	千円	この届が受理された後の被扶養者数	名	この届が受理される前の被扶養者数	名								

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. 短期在留 3. その他()	扶養開始日	昭 平	年	月	日	申請理由	職業	収入(月収)	円	※ 認定日	平成 年 月 日
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. 短期在留 3. その他()	扶養開始日	昭 平	年	月	日	申請理由	職業	収入(月収)	円	※ 認定日	平成 年 月 日
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. 短期在留 3. その他()	扶養開始日	昭 平	年	月	日	申請理由	職業	収入(月収)	円	※ 認定日	平成 年 月 日

上記のとおり申請します。
平成 年 月 日 提出

被 保 険 者	氏 名		印
	住 所	〒	
	電話番号		

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印

※健保記入欄

任意継続被保険者

健康保険被扶養者認定・不認定通知書

任 継	被保険者記号
	9 0 0

副

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					被保険者の氏名		性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和	年	月	日生
	被保険者の資格取得年月日	昭和	年	月	日	この届を出す際の被保険者の報酬月額		千円	この届が受理された後の被扶養者数		名	この届が受理される前の被扶養者数		名

被扶養者欄①	氏名						続柄		性別	男・女	生年月日	昭和	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
	扶養開始日	平成	年	月	日	申請理由		職業		収入(月収)		円	※	平成	年	月	日	認定日	
被扶養者欄②	氏名						続柄		性別	男・女	生年月日	昭和	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
	扶養開始日	平成	年	月	日	申請理由		職業		収入(月収)		円	※	平成	年	月	日	認定日	
被扶養者欄③	氏名						続柄		性別	男・女	生年月日	昭和	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
	扶養開始日	平成	年	月	日	申請理由		職業		収入(月収)		円	※	平成	年	月	日	認定日	

※健保記入欄

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。

被保険者	氏名	
	住所	〒
	電話番号	

印

MBK連合健康保険組合 理事長

確認日付印
