① 事業所記号		
9	9	9

健康保険被扶養者（新規・増加）届

決裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

提出先　事業所を経由して健康保険組合へ
提出期限　異動を生じた日から五日以内
提出部数　二通（正・副）

被保険者欄

② 被保険者等番号	3 3 3	③ 氏名	健康　保　（健康）㊞	④ 性別	（男）・女
⑤ 生年月日	（昭和）・平成　40 年 10 月 4 日生				
⑥ 勤務先名称	三井物産○○○○株式会社	⑦ 取得年月日	昭和・平成・（令和）　7 年 5 月 1 日	⑧ 標準報酬月額	260 千円
⑨ 収入（年収）	約400 万円				
⑩ 被保険者の住民票住所	東京都渋谷区渋谷1-2-3　渋谷マンション1001号室	⑪ この届出が受理された後の被扶養者数	2 名	⑫ この届出が受理される前の被扶養者数	0 名

※氏名、フリガナは住民票表記でご記入ください。

被扶養者欄①

フリガナ	ケンコウ	セイコ	続柄	妻（例：長男）	性別
氏名	健康	清子			男・（女）
個人番号	※個人番号は必ず記載してください。 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 3	個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. その他（　）	職業	パート	資格確認書発行要否
扶養開始日	令和 0 7 年 0 5 月 0 1 日	届出理由 保険加入	収入（月収）	80,000 円	

生年月日	（昭）・平・令　4 3 年 1 2 月 1 2 日	住所（別居の場合のみ）	〒　－	電話番号	（　）
備考					

マイナ保険証を持っている場合は記入不要

●下記のA～Gの理由に該当する場合のみ、「発行が必要」に✔をし申請理由を記入

☐ 発行が必要

該当する申請理由（A～G）

A：マイナンバーカードを紛失又は更新手続中（※）
B：要配慮者で同行者（介助者等）が必要な方（※）
C：マイナンバーカード未取得
D：マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録
E：マイナ保険証の保険証利用登録を解除した
F：マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ
G：マイナンバーカードを返納

※認定日　令和 年 月 日　（空欄）

※健保記入欄

被扶養者欄②

フリガナ	ケンコウ	ハジメ	続柄	長男（例：二男）	性別
氏名	健康	元			（男）・女
個人番号	※個人番号は必ず記載してください。 4 5 6 7 8 9 1 0 1 2 3 4	個人番号が記入できない場合の理由 1. 海外在住 2. その他（　）	職業	大学2年生	資格確認書発行要否
扶養開始日	令和 0 7 年 0 5 月 0 1 日	届出理由 保険加入	収入（月収）	0 円	

生年月日	昭・（平）・令　1 3 年 0 3 月 0 5 日	住所（別居の場合のみ）	〒 001 － 0001 北海道札幌市中央区旭ヶ丘1-1-1	電話番号	090（1111）2222
備考					

マイナ保険証を持っている場合は記入不要

●下記のA～Gの理由に該当する場合のみ、「発行が必要」に✔をし申請理由を記入

☑ 発行が必要

該当する申請理由（A～G）　D

A：マイナンバーカードを紛失又は更新手続中（※）
B：要配慮者で同行者（介助者等）が必要な方（※）
C：マイナンバーカード未取得
D：マイナンバーカード保有者で保険証利用未登録
E：マイナ保険証の保険証利用登録を解除した
F：マイナンバーカードの電子証明書有効期限切れ
G：マイナンバーカードを返納

※認定日　令和 年 月 日　（空欄）

令和 7 年 5 月 15 日提出

（※）「資格確認書発行要否」の申請理由がAとBの方は、別途「資格確認書（再）交付申請書」もご提出ください。

提出者

事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にﾁｪｯｸしてください。

☐ 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地	東京都中央区日本橋1丁目2番地3号
事業所名称	三井物産○○○○株式会社
事業主氏名	代表取締役社長　三井　一郎
電話番号	03（4567）0000

印（省略可）

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

受付日付印