

任意継続被保険者

健康保険被扶養者増加届

任 継	被保険者等記号
	9 0 0

決	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
裁				

正

被保険者自ら署名する場合には押印は不要です
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 日生 平成	
	被保険者の資格取得年月日	令和 7 年 4 月 1 日					この届を出す際の被保険者の標準報酬月額	300		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

※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	カンダ			マチコ			続柄	長女	性別	男 女	生年月日	昭 平 令	年 月 日	0	7	0	5	0	住所 (別居の場合のみ)	〒	-	電話番号	()	備考
	氏名	神田			真知子				(例:長男)		無職		資格 確認 書 発行 要 否		<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	該当する 申請理由 (A~G)	C	マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ※下記のA~Gの理由に該当している場合のみ、 <input checked="" type="checkbox"/> 及び記載をしてください 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							
	個人番号	※個人番号は必ず記載してください。						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	無職	収入 (月収)	0	円	認定日	令和 年 月 日					
	扶養開始日	令和	0	7	0	5	0	9	届出理由	出生	収入 (月収)	0	円	認定日	令和 年 月 日										
被扶養者欄②	フリガナ							続柄	(例:二男)	性別	男 女	生年月日	昭 平 令	年 月 日						住所 (別居の場合のみ)	〒	-	電話番号	()	備考
	氏名								(例:二男)				資格 確認 書 発行 要 否		<input type="checkbox"/> 発行が必要	該当する 申請理由 (A~G)		マイナ保険証を持っている場合は記入不要 ※下記のA~Gの理由に該当している場合のみ、 <input type="checkbox"/> 及び記載をしてください 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							
	個人番号	※個人番号は必ず記載してください。						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		収入 (月収)		円	認定日	令和 年 月 日					
	扶養開始日	令和							届出理由		収入 (月収)		円	認定日	令和 年 月 日										

上記のとおり申請します。
令和 7 年 5 月 14 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。

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