

認定伺
受付 令和 年 月 日
決定 令和 年 月 日

認定の可否		常務理事	事務長	担当者

大垣共立銀行健康保険組合 殿

被扶養者 加減^a 入員 届

事業所番号 _____ 事業所名 _____
所属長 _____ (印)

令和 年 月 日提出

被保険者証の記号及び番号	記号	番号	b 被保険者	住所	T									
				氏名	(印)									
(上段フリガナ) 被扶養者氏名	性別	年令	c 続柄	生年月日	d 届出理由	e 職業	f 向こう1年間の見込み収入 千円	g 扶養し始めた、又は止めた年月日	h 資格確認書発行要否					
-----	男・女								<input type="checkbox"/> 発行が必要					
被扶養者の個人番号 →														
-----	男・女								<input type="checkbox"/> 発行が必要					
被扶養者の個人番号 →														
-----	男・女								<input type="checkbox"/> 発行が必要					
被扶養者の個人番号 →														
-----	男・女								<input type="checkbox"/> 発行が必要					
被扶養者の個人番号 →														
上の届について事実と相違ないことを証明する。														
令和 年 月 日														
住所														
事業所														
氏名														
印														

(記入上の注意)

1. a欄は該当文字を次により○で囲む 加入…被扶養者が出来た時
減員…現被扶養者が被扶養者に該当しなくなった時(就職・収入増及び死亡の時等)
2. c欄は妻・長男・等と記入
3. d欄には必ず「何々…のため」と具体的に記入 (例) 就職・収入増・結婚・出生等
4. e欄は標題にはかかわらず△△学校2年生、会社員、自営、パート、無職等と記入
5. f欄は届日以降見込まれる1年間の収入額
6. g欄はd、に該当した年月日
7. h欄は資格確認書の発行が必要な場合(※)は、「発行が必要」の口には✓を付してください。

※以下に該当する場合に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

* 被扶養者の加入は、対象者の個人番号を記入すること

* 異動する人のみ記入し、減員の場合は被扶養者に該当しなくなった者の資格確認書(発行している場合)を添付する

* この届は被扶養者を有した日及び異動のあったときから5日以内に提出すること