

認 定 同

受付 令和 年 月 日
決定 令和 年 月 日

認定の		常務事	事務長	担当者
可	否			

大垣共立銀行健康保険組合 殿

被扶養者

a 加減 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	丁						
					氏名						
(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	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							千円		<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	→										
----- 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		
上の届について事実に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□に✓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