

認定 伺  
受付 令和 年 月 日  
決定 令和 年 月 日

認定の		常務 事務	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 加入 届  
減員 人員

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		氏名	T		
				〒					
(上段フリガナ) 被扶養者 氏名	性別	年齢	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	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。									
住所						令和 年 月 日			
事業所									
氏名						印			

(記入上の注意)

- 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)
- c欄は妻・長男・等と記入
- 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
- 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
- f欄は届日以降見込まれる1年間の収入額
- g欄はd、に該当した年月日
- 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✓を付してください。

※以下に該当する場合に限りです。

- ・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保険証または資格確認書を添付する

\* 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

大垣共立銀行健康保険組合

(健資001)

996(6.12)