

マイナンバーを記入不要と決められている事業所は、この用紙を使用して下さい。
ご不明な場合は、事業所担当者にご確認下さい。

健康保険被扶養者届

被 保 険 者	記号	番号	氏(フリガナ)名		性別	生年月日		資格取得年月日		常務理事	事務長	担当者	
					男 ・ 女	昭 ・ 平	年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日				
	住所	〒 -				事業所部課名		現在の標準報酬月額	受付年月日	. .			
	TEL ()						千円	認定年月日	. .				
被 扶 養 者	(フリガナ)氏名		性別	生年月日	被保険者との続柄	住所	同居 別居 区分	職業の有無 (学生は学年)	扶養控除申告の有無	住民票の登録	例外理由	扶養の理由、所得の種類と額、扶養に関する添付証明書の表示	認定年月日
	〒 -		男 ・ 女	昭 平 令 ・ ・		TEL ()	同居 ・ 別居		有 ・ 無	有 ・ 無			. .
	〒 -		男 ・ 女	昭 平 令 ・ ・		TEL ()	同居 ・ 別居		有 ・ 無	有 ・ 無			. .
	〒 -		男 ・ 女	昭 平 令 ・ ・		TEL ()	同居 ・ 別居		有 ・ 無	有 ・ 無			. .
	〒 -		男 ・ 女	昭 平 令 ・ ・		TEL ()	同居 ・ 別居		有 ・ 無	有 ・ 無			. .
上記の通り相違ないことを証明します 令和 年 月 日 住所 適用事業主 事業所名 氏名 森永健康保険組合 御中						担当者名	転任の場合、前事業所名を記載のこと。	日本国内に住民票がない方は原則被扶養者になれませんが、以下の場合には例外となりますので、該当の番号を「例外理由」欄にご記入ください。③の場合には理由もご記入ください。()内の証明書類を添付してください。					
							資格喪失年月日 令和 年 月 日	①留学(学生証の写し) ②被扶養者の海外赴任帯同(赴任辞令) ③その他(個別に対応)					

◎この届は、「正」「副」用として2枚提出して下さい。

*扶養控除申告 103万未満「有」・103万以上「無」