

マイナンバーを記入する事業所は、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 | マイナンバー | | | | 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 |
| | (フリガナ)氏名 | | 性別 | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | 〒 - | 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 () | | | 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 | | | | | | 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。 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) | | | | | |
| 適用事業主 住所 事業所名 氏名 | | | | | | | 資格喪失年月日 | | | | | | | |
| 森永健康保険組合 御中 | | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | | | | |

◎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」