

認定伺
 受付 令和 年 月 日
 決定 令和 年 月 日

認定の		常務 理事	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)					
被扶養者 氏名 (上段フリガナ)	男・ 女	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		

被扶養者の個人番号 →										

被扶養者の個人番号 →										

被扶養者の個人番号 →										

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)

- 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

- * 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(6.2)