

常務理事	事務長	主事	係員

## 被扶養者申請書 (増)

下記のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

\*本人自署の場合は押印を省略可

被 保 険 者	事業所名※			所属・担当	
	被保険者等記号・番号	(記号)	(番号)	連絡先TEL	
	氏名	—		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	住民票住所	〒			
	現住所	<input type="checkbox"/> 住民票と同じ 異なる場合→		〒	
	電話番号				

\*続柄は、妻・長男・二男・長女…と記入

	続柄	氏名(フリガナ)	生年月日	同居・別居
1			昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 異なる場合→		〒
	現住所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ 異なる場合→		〒
	マイナンバー			資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合レ
2			昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 異なる場合→		〒
	現住所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ 異なる場合→		〒
	マイナンバー			資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合レ
3			昭和・平成・令和 年 月 日	同居 別居
	住民票住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ 異なる場合→		〒
	現住所	<input type="checkbox"/> 住民票住所と同じ 異なる場合→		〒
	マイナンバー			資格確認書発行要否 <input type="checkbox"/> 発行が必要な場合レ

※ 対象者を扶養することになった経緯を具体的にご記入下さい。

事業主(代理人)の証明 (住所・氏名)
上記内容及び添付書類のとおり相違ないことを証明します。

\* 健保使用欄

資格取得日	年 月 日
標準報酬月額	千円

※ 事業所名

「事業所名」とは、あなたが勤務している会社の名称です。(出向者は出向元の会社名)