被保険者等記号	

決裁日付印

決	常務理事	事務長	課長	係
裁				

## 任意継続 健康保険被扶養者(増加)届

注意事項

任事 提出期限・・・・異動を生じた日から五日以内

被保険者等番号			性別	男 ・ 女	被 保 険 者 の 氏 名			被の生	保 険 者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
被保険者の 資格取得年月日	令 和	年	月	日	被保険者の報酬月額	P4	この届が受理され後の被扶養者		名	この届が受前 の 被 扶	理される 養者数		名

世帯の同・別区分	被 扶 養 君     フ リ     氏	者 の 氏 名 ガ ナ 名	生年月日	性 別 柄	扶 養 を 始 めた年月日 理 由	被扶養者 被扶養者の 職 業 月平均収入額		資格確認書 発 行 要 否
同・別			昭 年 月 日 平 수	男 · 女	令和 日 日		令和 月 日	必要・不要
同・別			昭・平・令	男 ・ 女				必要 • 不要
同・別			昭·平·令	男 • 女				必要 • 不要
同・別			昭・平・令	男 • 女				必要 • 不要
同・別			昭・平・令	男 • 女				必要 • 不要
令 和	年 月	日提出 上記	申請内容に相違はあ	りません。				

三井物産健康保険組合 理事長殿 被保険者 住所 氏名

(R7.12)