

健康保険 被扶養者登録申請書

【ご注意】 認定対象者の添付書類を確認していただき、申請に必要な書類を必ず添付してご提出ください。

事業主の証明欄 (事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号) and 受付日付印 (社会保険労務士の提出代行者)

提出日 (令和 年 月 日) and 被保険者 (記号, 番号, 氏名, 生年月日, 性別, 月額, 住民票住所, 取得年月日, 配偶者, 賞与)

認定対象者1 (氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 個人番号, 年齢, 職業, 給与等の収入, 年金収入, 居住, 理由)

認定対象者2 (氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 個人番号, 年齢, 職業, 給与等の収入, 年金収入, 居住, 理由)

認定対象者3 (氏名, 生年月日, 性別, 続柄, 個人番号, 年齢, 職業, 給与等の収入, 年金収入, 居住, 理由)

Table with 4 columns: 常務理事, 事務長, 担当

本書面および添付書類に記載された内容や申請において知り得た個人の情報について、他の目的のために利用したり、第三者に提供することはありません。

# 記入例

健康保険

## 被扶養者登録申請書

【ご注意】認定対象者の添付書類を確認していただき、申請に必要な書類を必ず添付してご提出ください。

事業主の証明欄	事業所所在地	〒		事業主の証明 事業主の証明	住民票上の氏名を記入 ※氏名に外字や環境依存文字等が含まれる場合は「JIS第1、第2水準漢字」に置き換えさせていただきます。 (例:高(X)→高(O)、崎(X)→崎(O))	受付日付印					
	事業所名称										
会社へ提出する日と被保険者情報を記入		電話番号									
提出日: 令和 5年 12月 8日		※ <input type="checkbox"/> 特記を記入 ※ 当てはまる内容に○または△( )内を記入									
被保険者	記号	1	番号	1234567	氏名	ケンボ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭和 平成 令和 3 5 6	性別	男 女	月額
	住民票住所	〒 123 - 0000		東京都	豊島区南池袋 1-10-13	取得年月日	昭和 平成 令和 1 10 1	配偶者	有 無	千円	
認定対象者1	マイナンバー(12桁)	ケンボ ハナコ		氏名	健保 華子	生年月日	昭和 平成 令和 5 10 20	性別	男・女	続柄	妻 (配偶者、養女等)
	個人番号	0 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 1 2 3	年齢	25 歳	職業	無職	給与等の収入	有・無	年金収入	有・無	
居住	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(単身赴任) <input type="checkbox"/> 別居(通学) <input type="checkbox"/> 別居(施設入所) <input type="checkbox"/> 別居(その他)	住民票住所	〒 321 - 0000		埼玉県	川口市〇〇-123	市区町村名	東京 都道府県	豊島 市町村	[所得証明書の新付等(届出する場合のみ)] ※当歳年1月1日時点の住民票の市区町村名	
理由	<input type="checkbox"/> 被保険者の入社 <input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 収入減 <input type="checkbox"/> 失業給付受給終了 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 扶養変更 ※資格を喪失している場合は喪失証明書を添付してください。		理由が生じた日	令和 5年 12月 8日		認定年月日	年 月 日	コード			

申請理由が「扶養変更」の方で、以前加入していた健康保険の資格を喪失している場合は、「喪失証明書」も提出してください。

「所得証明書」の提出が必要な方は、当該年1月1日時点で住民登録のある市区町村名を記入することで、提出を省略することができます。

「認定対象者の添付書類」を確認していただき、  
申請に必要な書類を必ず添付して提出してください。