

扶

被保険者情報	被保険者	記号（左づめ） 	番号（左づめ） 	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
	氏名 （カタカナ）			
	氏名	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（・）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。		
	郵便番号 （ハイフン除く）		電話番号 （左づめハイフン除く）	
	住所			

被扶養者情報	手続きの内容を ご記入ください ☐ 1. 扶養の追加 ☐ 2. 扶養の解除	
	氏名 (カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	
	氏名	
	生年月日 ☐ 1. 昭和 ☐ 2. 平成 ☐ 3. 令和 年 月 日	性別 ☐ 1. 男 ☐ 2. 女

[illegible]

扶養の解除	被保険者の氏名	被扶養者でなくなった日		被扶養者でなくなった理由		備考	
		令和	年	月	日		

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	
-----------------------	--

以下は、健保使用欄のため、記入しないでください。										
確認 (被保険者)	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	同時申請	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	1. 限度額	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	1. 減額認定	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	1. 特定疾病	
添付書類	続柄		収入		同居	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	1. 同居 2. 別居 3. 不備	仕送額		被保険者証 (枝番)
				その他	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>	(理由)			枚数	

受付日付印

(2024.04)