

# 健康保険被扶養者届

常務理事	担当者

提出日：       年   月   日

被保険者証	記号／番号	／	資格取得日	年   月   日	
被 保 険 者	フリ 氏	ガナ 名	印	(事業所の所在地・名称・代表者氏名印)	
	生年月日	年   月   日			
	住    所	〒    -			
	電話番号 1	(社内 PHS やご自身の携帯電話など、日中必ず連絡が取れる番号をご記入ください)			
電話番号 2	(ご自宅などのお電話番号)				

被 扶 養 者	増 ・ 減	氏   名 (フリガナもお忘れなく)	生年月日	性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由についてあてはまるものに○をしてください
		セイ 姓	メイ 名	昭和・平成・令和	男 ・ 女	同居 ・ 別居	平成・令和	結婚・離婚・出生・就職・退職・死亡・その他
		年   月   日	年   月   日	※「その他」や上記以外の場合にはご記入ください。				
			年   月   日 (認定・削除)					
	増 ・ 減	氏   名 (フリガナもお忘れなく)	生年月日	性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由についてあてはまるものに○をしてください
		セイ 姓	メイ 名	昭和・平成・令和	男 ・ 女	同居 ・ 別居	平成・令和	結婚・離婚・出生・就職・退職・死亡・その他
		年   月   日	年   月   日	※「その他」や上記以外の場合にはご記入ください。				
			年   月   日 (認定・削除)					
	増 ・ 減	氏   名 (フリガナもお忘れなく)	生年月日	性別	続柄	居住	該当するに至った日	該当事由についてあてはまるものに○をしてください
セイ 姓		メイ 名	昭和・平成・令和	男 ・ 女	同居 ・ 別居	平成・令和	結婚・離婚・出生・就職・退職・死亡・その他	
年   月   日		年   月   日	※「その他」や上記以外の場合にはご記入ください。					
		年   月   日 (認定・削除)						

備考欄		受   付   印
有効期限：       年   月   日	大阪市北区堂島浜 2-2-28 4F SYNTH P & Gグループ健康保険組合	