

健康保険被扶養者届

常務理事	担当者

* 記号・番号は、新入社員の方でまだご自身の保険証を受取っていない場合は記入不要です。 * 入社日(再雇用日)

被 保 険 者	記号／番号	／		資格取得日	年	月	日	提出日	年	月	日	
	フリガナ							事業所の所在地・名称・代表者印 *担当部門で記入しますので空白のままご提出ください。				
	氏名	姓	名					印				
	生年月日	昭和・平成		年	月	日						
	住所	〒 -										
	電話番号	(携帯)		(その他)								
	Email	@										

* 電話番号・Emailはこの申請に関する問合せに使用しますので、日中必ず連絡がつく番号・アドレスをご記入ください。 * 該当事由が入社の場合は入社日をご記入ください。

種別	フリガナ／氏名 (* 保険証の氏名表記は14文字まで)		生年月日			性別	続柄	居住	該当するに至った日			該当事由		健康保険組合使用欄		
	セイ	メイ	昭和・平成・令和	年	月				日	平成・令和	年	月	日	入社・結婚・離婚・出生	年	月
増・減	姓	名				男・女	同居・別居									
増・減	姓	名				男・女	同居・別居									
増・減	姓	名				男・女	同居・別居									
増・減	姓	名				男・女	同居・別居									

申請者用 備考欄 (伝達事項があればご記入ください。)	健康保険組合 備考欄	受付印
	P & Gグループ 健康保険組合	

* 太枠内全てに記入し、必要書類を揃えて提出してください。