【両面印刷・２in１印刷禁止】

りそな健康保険組合　御中

年　　月　　日

健 康 保 険 被 扶 養 者 追 加 届

被保険者の記号・番号	被保険者の氏名（自署）	生年月日	性別	資格取得年月日
ー		昭和 平成　　年　　月　　日生	男・女	昭和 平成 令和　　年　　月　　日

被保険者の住所	現住所	〒　　ー 都 道 府 県　　市 区 町 村	連絡先電話番号 （平日日中すぐに連絡可能な電話番号） 勤務先　　ー　　ー （内線：　　） 携帯
	住民票	〒　　ー 都 道 府 県　　市 区 町 村	

フリガナ 被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄 （長男・長女等）	被扶養者になった日	申請理由	収入 （年額）	職業	その他 ・外国籍の方は国籍を記入
	S H R　　年　　月　　日生	男 ・ 女		H R　　年　　月　　日		万円		
	S H R　　年　　月　　日生	男 ・ 女		H R　　年　　月　　日		万円		
	S H R　　年　　月　　日生	男 ・ 女		H R　　年　　月　　日		万円		

この届出は申請者本人が作成したものであり、記載内容について誤りがないことを申請者本人が確認しています。

※以下は必ず事業主（総務担当役職者）が記入すること。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
総務担当 役職者氏名 および連絡先	電話　　ー　　ー　　（内線　　）

・ 事業主記入欄を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容の記入と事業主（総務担当役職者）氏名のサインをご記入ください。

備考

・ 認定基準、必要書類等の詳細は「被扶養者承認申請の手引き」（当健保のホームページに掲載）をご参照ください。

・ **資格確認書が必要な方（マイナ保険証で受診できない方）は「資格確認書交付申請書」をご提出ください。**

・ **必ず、封緘した「健康保険被扶養者追加届別紙（個人番号届）」とともに提出してください。**

・ この届出書による認定の結果は、事業主に通知されます。

【健保使用欄】

住所登録	
検印	担当

	資格情報のお知らせ
	資格確認書
	資格証明書

令和		
常務理事	検印	担当

りそな健康保険組合　御中

年　　月　　日

健 康 保 険 被 扶 養 者 追 加 届　　別紙　（　個　人　番　号　届　）

・個人情報保護のため、本届は任意の封筒に封入・封緘のうえ、「健康保険被扶養者追加届」とともにご提出ください。
・事業主の個人番号（マイナンバー）確認は不要です。

被保険者の記号・番号	被保険者の氏名（自署）
－	

申請対象者の個人番号（マイナンバー）

被扶養者の氏名	続柄 （長男・長女等）	個人番号（マイナンバー） （12桁）
		マイナンバーカード、住民票等を確認して必ず記載してください
		マイナンバーカード、住民票等を確認して必ず記載してください
		マイナンバーカード、住民票等を確認して必ず記載してください

○ マイナンバーカード、通知カード等に記載された個人番号（マイナンバー）を確認のうえ、間違いのないよう記入してください。
　個人番号（マイナンバー）に間違いがあるとマイナ保険証は使用できません。
○ ご提出の際は各事業所のルールに則った取扱いをお願いします。

【健保使用欄】

MN登録	検印	担当