

### 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
—		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	〒 — 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 (内線: ) 携帯
	〒 — 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
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。		備考	<ul style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>保険証は交付できません。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。</li> <li>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。</li> <li>この届出書による認定の結果は、事業主に通知されます。</li> </ul>
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 — — (内線 )		

【健保使用欄】

住所登録		資格情報のお知らせ	令和		
検印	担当		資格確認書	常務理事	検印
		資格証明書			

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。

## 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												
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
		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												
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
		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												
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												

- 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】

M N 登 録	検印	担当