りそな健康保険組合　御中

提出日　2025 年　1 月　15 日

保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

健康保険被扶養者追加届

保険証、資格確認書、資格情報のお知らせ、マイナポータルでご確認ください

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
4010 ― 123456	大阪　太郎	昭和 平成 2 年 1 月 1 日生	男・女	昭和 平成 令和 25 年 4 月 1 日

自署してください

被保険者の住所			連絡先電話番号（平日日中すぐに連絡可能な電話番号）
	現住所	〒 012 ― 3456 大阪 都 道 府 県　大阪市中央 市 区 町 村 備後町2-2-1	勤務先 012 ― 345 ― 6789 （内線： 9-999-9999 ） 携帯 090-9999-9999
	住民票	〒 ― 同上 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
オオサカ　ハナコ 大阪　花子	S H R 3 年 12 月 31 日生	男・女	妻	H R 7 年 1 月 1 日	R6.12.31 退職	0 万円	無職	
	S H R 年 月 日生	男・女		H		万円		
	S H R 年 月 日生	男・女		H R 年 月 日		万円		

追加の対象となる方のみ記入してください

「出生による追加」の場合、出生日
「退職による追加」の場合、退職日の翌日　等

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	大阪市中央区備後町２－２－１
事業所名称	りそな銀行　大阪営業部
事業主氏名	大阪営業部長　○○　○○
総務担当役職者氏名および連絡先	関西　二郎 電話　012 ― 345 ― 6789　（内線　9999　）

直通の電話番号を記入してください
（電話センターの番号は記入しないでください）

・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。
・**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。**
・**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			資格情報のお知らせ	令和		
			資格確認書	常務理事	検印	担当
			資格証明書			

りそな健康保険組合　御中　　2025 年　1 月　15 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）
4010　－　123456	大阪　太郎

自署してください

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）
大阪　花子	妻	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 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
		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