

# 健康保険 被扶養者（異動）届（増加）

常務理事	事務長	担 当

提出日	令和 年 月 日	*被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印を省略できます。															
被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏 名	フリガナ				生年月日			性別	配偶者の有無	有	無	資格取得年月日			
	番号		昭和 平成	年	月	日	男	女	被保険者の 年間収入	平成 年 月 日 令和							
社員番号			⑩														
被保険者 住 所	〒						電話番号				配偶者の 年間収入額	*配偶者がマクニカ健保の被扶養者になっていない場合に記入					
											万円/年						
											万円/年	千円					

\*この欄は申請する被扶養者について記入してください。

異動の 種類	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	続柄	職業 または 学年	年間 予定収入 (税込額)	世帯	扶養をし始めた日・国内居住要件 の例外該当日			異動理由 *その他は備考欄に 理由を記入	国内居住要件の例外該当理由 *その他は備考欄に理由を記入	扶養認定日				
	フリガナ	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年						月	日	男 女			万円	同居 別居	平成 令和	年	月
増加	フリガナ	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	万円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	□ 被保険者入社 □ 出生 □ 退職 □ 収入減少 □ 結婚 □ 雇用保険受給終了 □ その他	□ 留学 □ 海外赴任同行 □ 一時的な海外渡航 □ 海外赴任中の婚姻出生等 □ その他	備考	備考	備考	備考
			個人番号 (12桁)						備考											
			住所 *別居の場合に記入			〒														
増加	フリガナ	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	万円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	□ 被保険者入社 □ 出生 □ 退職 □ 収入減少 □ 結婚 □ 雇用保険受給終了 □ その他	□ 留学 □ 海外赴任同行 □ 一時的な海外渡航 □ 海外赴任中の婚姻出生等 □ その他	備考	備考	備考	備考
			個人番号 (12桁)						備考											
			住所 *別居の場合に記入			〒														
増加	フリガナ	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	万円	同居 別居	平成 令和	年	月	日	□ 被保険者入社 □ 出生 □ 退職 □ 収入減少 □ 結婚 □ 雇用保険受給終了 □ その他	□ 留学 □ 海外赴任同行 □ 一時的な海外渡航 □ 海外赴任中の婚姻出生等 □ その他	備考	備考	備考	備考
			個人番号 (12桁)						備考											
			住所 *別居の場合に記入			〒														

事業主の 証明	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	⑩
	電 話	

\*異動を生じた日から5日以内にご提出ください。

受付日付印