

副

健康保険被扶養者 ~~認定~~ 通知書

提出期日 5日以内

健康保険証に記載してあります

～添付するもの～

○ 出生以外の認定は別に書類が必要になりますので
詳しいことは事業所担当課までお問い合わせください

長男・二男
長女・二女 と記入

事業所で記入

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	印	生年月日	性別	資格取得年月日	標準報酬月額
100	2000	健保太郎	健保	昭平 500505	男	100401	
郵便番号	被保険者の住所	電話番号		この届出を出す際の総合所得月額		円	
000000	00市00区00丁目0-0-0	000-0000		0000			

異動区分	フリガナ		生年月日	性別	続柄	被扶養者になった日	被扶養者でなくなった日	職業	被扶養者になった理由又は除かれた理由	被扶養者の住所 (被保険者と別居のみ記入)
	被扶養者の氏名	氏名				※ 被扶養者認定年月日	※ 被扶養者削除年月日			
増・減	ケンポ	イチロウ	昭平 220901	男	長男	平成 220901		無職	出生のため	
増・減	健保	一郎		女	※			0円		
増・減	(氏)	(名)	昭平	男・女	※	平成	平成	円		
増・減	(氏)	(名)	昭平	男・女	※	平成	平成	円		
増・減	(氏)	(名)	昭平	男・女	※	平成	平成	円		

◎ 被保険者の印は、被保険者自らが署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。

◎ 「※」印欄は記入しないでください。

◎ 届出する時は保険証を添付してください。

記入しないでください

受付日付印

「附記」

- この通知書は完結の日から2年間保存しなければなりません。(健規則第34条)
- この通知書が被保険者の届け出た事項と相違するときは速やかにそのことを被保険者に通知してください。
- 該当する人のみ記入してください。
- 裏面をお読みください。

上記のとおり ~~認定~~ されましたから通知します。

平成 年 月 日

愛知県信用金庫健康保険組合