

三菱地所健康保険組合 御中

常務理事		担当者

健康保険被扶養者届（新規・増・減）

平成 年 月 日提出

（この欄には、届出をする被保険者本人に関する事項を記入して下さい。）										
被保険者証 記号と番号	フリガナ 氏名印			④	性別 男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
所属部名	住所					資格取得した 年 月 日	昭 和 平 成	年	月	日

（この欄には、被扶養者となる者または被扶養者でなくなる者を記入して下さい。）											
増加又は減少 の別	フリガナ 氏 名 生 年 月 日		性別 男・女	被保険者 との続柄	職 業	現 住 所 (あなたと同居の場合は記入不要)	扶 養 開 始 ・ 停 止		税法扶養	雇用保険 給 付	備 考
	理 由	年 月 日									
増・減			男・女						有・無	有・無	
増・減			男・女						有・無	有・無	
増・減			男・女						有・無	有・無	
増・減			男・女						有・無	有・無	

事業所	所在地	
	名称印	④

受付日付印

(記入上の注意)

- ・ この届書は新たに資格を取得したとき、または被扶養者に異動（増・減）を生じたとき事業主を経由して、5日以内に提出するものです。
- ・ 被扶養者になれる人の範囲や認定に必要な添付書類については、このホームページ（健保のしくみ）または「わたくしたちの健康保険」をご参照ください。