

健康保険被扶養者届 兼保険給付受領委任状

常務理事			担当者

1.下記の者を被扶養者としてお届けいたします。 2.保険給付の受領を事業主(又は代理人)に委任いたします。						複写の為、2枚目にも捺印	被保険者 個人番号	1 9 7 5 0 6 0 1 1 2 3 4	
被保険者 証の記号 番 号	被保 険者	ふりがな	けんぼ いちろう			性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区〇〇〇〇
		氏 名	健 保 一 郎			<input checked="" type="radio"/> 印			
		生年月日	昭 ^平 50 年 6 月 1 日 生					資格取得 年月日	平成 年 月 日
事業所の名称		事業所の所在地							
被扶養者の氏名	性 別	生年月日	被保険者 との続柄	被扶養者 の職業	被扶養者 の 収入の種 類と日収	被保険者 と被扶養 者 との世帯	被扶養者個人番号	備考	
ふりがな けんぼ はなこ 健 保 は な 子	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭 ^平 年 月 日 51 4 2	妻	パート	給与 70,000円	同世帯 別世帯	1 9 7 6 0 4 0 2 2 3 4 5		
ふりがな けんぼ げんき 健 保 元 気	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭 ^平 年 月 日 13 5 1	長男	中学3年	なし	同世帯 別世帯	2 0 0 1 0 5 0 1 3 4 5 6		
ふりがな けんぼ あきこ 健 保 明 子	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭 ^平 年 月 日 21 7 7	長女	小学1年	なし	同世帯 別世帯	2 0 0 9 0 7 0 7 4 5 6 7		
ふりがな	<input type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	昭 ^平 年 月 日				同世帯 別世帯			
ふりがな	<input type="radio"/> 男 ・ <input type="radio"/> 女	昭 ^平 年 月 日				同世帯 別世帯			