

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	男 ・ 女	住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇				
			氏 名	健 保 一 郎					東京都千代田区〇〇〇〇				
			生年月日	●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	被扶養者の職業及収入	被保険者と被扶養	被扶養者となった日	扶養の理由	※ 被扶養者でなくなった日	被扶養者個人番号		
ふりがな		男 ・ 女	昭 年 月 日				同世帯 別世帯	年 月 日		年 月 日			
			平 年 月 日					年 月 日		年 月 日			
ふりがな		男 ・ 女	昭 年 月 日				同世帯 別世帯	年 月 日		年 月 日			
			平 年 月 日					年 月 日		年 月 日			
ふりがな		男 ・ 女	昭 年 月 日				同世帯 別世帯	年 月 日		年 月 日			
			平 年 月 日					年 月 日		年 月 日			
ふりがな		男 ・ 女	昭 年 月 日				同世帯 別世帯	年 月 日		年 月 日			
			平 年 月 日					年 月 日		年 月 日			