

健康保険被扶養者情報記入用紙

事業所様名：

	従業員氏名：	
配偶者	被扶養者氏名：	(フリガナ)
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳) ※60歳前の場合は年金手帳の写しが必要です
	住所	〒 - ※従業員と同じ場合は記入不要
	性別	男 ・ 女
	職業	
	収入(年額)	円 ※失業給付・年金を含めた額をご記入ください。
	被扶養者になる理由	※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要
	被扶養者になる年月日	平成 年 月 日 ※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要
被扶養者(配偶者以外)	被扶養者氏名：	(フリガナ)
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
	住所	〒 - ※従業員と同じ場合は記入不要
	続柄	
	性別	男 ・ 女
	学年 又は 職業	※学生の場合は詳細にご記入ください。例)大学2年生・専門学校1年生など
	収入(年額)	円 ※失業給付・年金を含めた額をご記入ください。
	被扶養者になる理由	※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要
	被扶養者になる年月日	平成 年 月 日 ※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要

→記入欄が足りない場合は裏面にご記入ください。

注意 ～必ずお読みください～

本用紙は、被扶養者の状況を確認するためのものです。

収入や同居要件によって、本用紙以外に書類をご準備いただく場合や扶養に入れることができない場合がございます。予めご了承ください。

返信先

→

水城社会保険労務士事務所
FAX:0943-72-2023

	従業員氏名:	
被扶養者 (配偶者以外)	被扶養者氏名:	(フリガナ)
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
	住所	〒 - ※従業員と同じ場合は記入不要
	続柄	
	性別	男 ・ 女
	学年 又は 職業	※学生の場合は詳細にご記入ください。例)大学2年生・専門学校1年生など
	収入(年額)	円 ※失業給付・年金を含めた額をご記入ください。
	被扶養者になる理由	※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要
	被扶養者になる年月日	平成 年 月 日 ※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要
被扶養者 (配偶者以外)	被扶養者氏名:	(フリガナ)
	生年月日	昭和・平成 年 月 日 (満 歳)
	住所	〒 - ※従業員と同じ場合は記入不要
	続柄	
	性別	男 ・ 女
	学年 又は 職業	※学生の場合は詳細にご記入ください。例)大学2年生・専門学校1年生など
	収入(年額)	円 ※失業給付・年金を含めた額をご記入ください。
	被扶養者になる理由	※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要
	被扶養者になる年月日	平成 年 月 日 ※入社日と被扶養者になる年月日が同じ場合は記入不要