

健康保険

被保険者
被扶養者

①

A. 新規
B. 増減
C. 減
D. 変更

届

※月額(健保記載) 千円

| | | | |
|-----------|------|----|----|
| ※認定 定伺 | 常務理事 | 主任 | 担当 |
| | | | |

三井E&S健康保険組合理事長殿

年 月 日提出

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------|------|---------------------|-----|----------------|
| 申 請 者 (保 險 者) | ② 記号 | ③ 番号 | ④ 氏名 フリガナ 印 | 性別 | ⑤ 住民票住所 〒 - |
| | (所属) | | 昭・平・令 年 月 日生 | 男・女 | |
| | 社内電話番 | | 資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日 | | 連絡先() - |

| |
|---------------|
| ⑥ 事業主証明欄 印 |
|---------------|

注 ◎ 記入の被扶養者(十六歳未満)の増減は裏面に書いてください。別紙の誓約書で下さい。

| 被扶養者について | ⑦ 増員又は減員の別 | ⑧ 氏名 | ⑨ 性別 | ⑩ 続柄 | ⑪ 同居又は別居 | ⑫ 住民票住所 | ⑬ 職業 | ⑭ 収入金額 | ⑮ 被扶養者該当・不該当理由とその年月日 | ⑯ (健保記入) 認定・不該当年月日 |
|----------|-------------|------------------|------|------|----------|-----------------|------|--------------|----------------------|--------------------|
| | フリガナ 増・減 | 昭・平・令 年 月 日生()才 | 男・女 | 同・別 | | 〒 - 連絡先() - | | 年額 円 月額 円 | (理由) 年 月 日 | 年 月 日 |
| | フリガナ 増・減 | 昭・平・令 年 月 日生()才 | 男・女 | 同・別 | | 〒 - 連絡先() - | | 年額 円 月額 円 | (理由) 年 月 日 | 年 月 日 |
| | フリガナ 増・減 | 昭・平・令 年 月 日生()才 | 男・女 | 同・別 | | 〒 - 連絡先() - | | 年額 円 月額 円 | (理由) 年 月 日 | 年 月 日 |
| | フリガナ 増・減 | 昭・平・令 年 月 日生()才 | 男・女 | 同・別 | | 〒 - 連絡先() - | | 年額 円 月額 円 | (理由) 年 月 日 | 年 月 日 |

※「臓器提供保護シール」及び「ジェネリック医薬品希望シール」について必ずご記入ください。(要・不要のいずれかに○を付け、必要枚数をご記入ください。)

| |
|-------------------------------|
| 臓器提供保護シール 要・不要 必要枚数()枚 |
|-------------------------------|

| |
|------------------------------------|
| ジェネリック医薬品希望シール 要・不要 必要枚数()枚 |
|------------------------------------|

1. 記入上の注意

- (1) 届出書は黒ボールペンにて楷書で記入ください。
- (2) 目的にしたがって○印をしてください。
 - A、新規とは資格取得者が初めて被保険者の認定を受ける場合（事業主が変更になった場合も提出）
 - B、増員とは新規届出以後に出生、結婚等により被扶養者の認定を受ける場合
 - C、減員とは被扶養者であった者が就職、死亡等により該当しなくなった場合
 - D、変更とは被扶養者に氏名等の変更があった場合
- (3) 氏名、生年月日、続柄は戸籍上のものを正しく、また、フリガナを忘れずに記入してください。
- (4) 続柄には、妻、長男、実父、妹の子…………等と記入してください。
- (5) 住所欄には住民票住所を記入してください。当組合からの郵便物を住民票以外の住所（居所）に送付を希望される場合は、「健康保険住所登録（住民票・居所）変更届」をご提出ください。
- (6) 職業には、文字にこだわらず、小学1年、中学2年、大学3年、無職等と現状をより具体的に記入してください。
- (7) 被扶養者（該当・不該当）理由には、「出生、結婚、就職のため」のように具体的に記入するとともにその事実及び発生した年月日を記入してください。
なお、増員の場合は『住民票（マイナンバー記載のもの）』を必ず添付願います。
※住民票（マイナンバー記載のもの）を添付する際は、他人の目に触れないよう封筒等で封緘し事業主経由で提出ください。
- (8) 配偶者に保険資格のある場合の「子」の増員については、収入額の高い方の扶養になることから増員申請にあたっては、配偶者の前年の「源泉徴収票」写しを添付してください。

2. 事業主への提出期限

- (1) この届出書は、被扶養者を有したとき及び就職、結婚等があったときから5日以内に事業主を経由し、減員される場合には、対象者の健康保険証とともに提出してください。

3. 事業主証明欄

- (1) 事業主は、被保険者から提出のあった届出書の各欄記入事項を審査し正当と認めた場合、事業主証明欄へご証明ください。

《 注 意 》

- ※ 被扶養者（16才以上）増員の場合は所定の『誓約書』ならびに『被扶養者状況届』および必要書類を必ず添付してください。（三井E&S健保被保険者間（転出・転入）による異動の場合は、新規届のみ提出）
- ※ 「臓器提供シール」及び「ジェネリック医薬品希望シール」について、必ずご記入ください。（要・不要のいずれかに○を付け、必要枚数をご記入ください）