

① 新規採用者（含む事業主変更）の場合に必ず取得届に添付する書類

健康保険 被保険者 被扶養者 届

- A. 新規採用者
B. 増員
C. 減員
D. 変更

※月額(健保記載) 千円

三井E&S健康保険組合理事長殿

〇〇〇〇年〇月〇日提出

Table with 4 columns: 認定, 常務理事, 主任, 担当

Application form for the insured person (Kenbo Tarou) including address, birth date, and contact information.

Business owner proof section with a blue box stating 'Business owner must prove to the health insurance association'.

Vertical text on the left side providing instructions and notes regarding the form.

Main table for dependents (被扶養者) with columns for name, sex, relationship, address, occupation, and income.

※「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 (Organ donation protection sticker) with '要' (Required) circled and 2 copies indicated.

ジェネリック医薬品希望シール (Generic medicine sticker) with '要' (Required) circled and 3 copies indicated.



健康保険

被保険者  
被扶養者

- ① A. 新規増員
- B. 減員
- C. 減員
- D. 変更

就職や収入超過等により被扶養者から外す場合の提出書類  
※対象者の保険証を必ず添付

届

※認定 伺	常務理事	主任	担当

※月額(健保記載) 千円

三井E&S健康保険組合理事長殿

〇〇〇〇年〇月〇日提出

申 請 者 ( 保 険 者 )	② 記号	③ 番号	④ 氏名	性別	⑤ 住民票住所
	1010	12345	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎	男	〒 104-1000 中央区築地1-1-1
	(所属)	〇〇	昭・平・令 △△年△月△△日生 社内電話 1000 番	女	資格取得年月日 昭・平・令 △年△月△日 自宅電話(03) 3544-0000

⑥ 事業主証明欄
事業主が証明し事業主から 健保組合へ提出します
印

注 ◎ 被扶養者(十六歳未満)に就いての記入欄  
◎ 被扶養者(十六歳以上)に就いての記入欄  
◎ 被扶養者(十六歳未満)に就いての記入欄  
◎ 被扶養者(十六歳以上)に就いての記入欄

被扶養者	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
増・減	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子	男・女	妻	同・別	同上	〒 - 連絡先( ) -	パート	年額 144万円 月額 12万円	(理由) 就職 令和〇年〇月〇日	年月日
増・減	フリガナ ケンポ コウタ 健保 康太	男・女	長男	同・別	岡山市南区7-7-7	〒 100-5678 連絡先( ) -	会社員	年額 240万円 月額 20万円	(理由) 就職 令和〇年〇月〇日	年月日
増・減	フリガナ 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
増・減	フリガナ 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