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
B. 増員
C. 減員
D. 変更

※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

○○○○ 年 ○ 月 ○ 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・女	〒 104 -1000 中央区築地1-1-1
	（所属）○ ○		昭・平・令 △△年 △月 △△ 日生		
	社内電話 1000 番		資格取得年月日 昭・平・令 △年△月△日		自宅電話(03) 3544 － 0000

⑥ 資格確認書発行要否 □ 発行が必要

⑦ 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 記入の方法は裏面に書いてありますのでよく読んでください

被扶養者についての記入欄

⑧ 増員又は減員の別	⑨ 氏名	⑩ 性別	⑪ 続柄	⑫ 同居又は別居	⑬ 住民票住所	⑭ 職業	⑮ 収入金額	⑯ 被扶養者該当・不該当理由とその年月日	⑰ 資格確認書発行要否	⑱（健保記入）認定・不該当 年月日
フリガナ ケンポ ハナコ 増・減	健保 花子 昭・平・令 △△年△月 △△日生（××）歳	男・女	妻	同・別	〒 － 同上 連絡先 (090) 5555 － 6666	パート	年額 120万 円 月額 10万 円	（理由）入社のため 年 月 日	□ 発行が必要	
フリガナ ケンポ ミユキ 増・減	健保 美幸 昭・平・令 △△年△月 △△日生（××）歳	男・女	長女	同・別	〒 － 同上 連絡先（ ） －	小学2年	年額 円 月額 円	（理由）入社のため 年 月 日	☑ 発行が必要	
フリガナ 増・減	昭・平・令 年 月 日生（ ）歳	男・女		同・別	〒 － 連絡先（ ） －		年額 円 月額 円	（理由） 年 月 日	□ 発行が必要	年 月 日
フリガナ 増・減	昭・平・令 年 月 日生（ ）歳	男・女		同・別	〒 － 連絡先（ ） －		年額 円 月額 円	（理由） 年 月 日	□ 発行が必要	年 月 日

資格確認書の発行が必要な場合は☑を付してください。
以下に該当される方のみ☑を入れてください
・マイナンバーカードを取得していない
・取得したが保険証の利用登録をしていない

◎資格確認書の発行要否（⑥、⑰欄）：資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「発行が必要」の□に✔を付してください。

※ 以下に該当する方に限ります。
- マイナンバーカードを取得していない方
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証として利用登録を行っていない方

出産や結婚等による被扶養者申請時の提出書類
（マイナンバーが表記された住民票の添付が必要）

健康保険 被保険者 被扶養者 届

①
A. 新規
B. 増員
C. 減員
D. 変更

※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

○○○○ 年 ○ 月 ○ 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 ㊞ 昭・平・令 △△年 △月 △△日生	男・女	〒 104 -1000 中央区築地1-1-1 自宅電話(03) 3544 － 0000
	（所属）○ ○				
	社内電話 1000 番		資格取得年月日 昭・平・令 △年△月△日		

⑥ 資格確認書発行要否 ☐ 発行が必要

⑦ 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

被扶養者についての記入欄	⑧ 増員又は減員の別	⑨ 氏名	⑩ 性別	⑪ 続柄	⑫ 同居又は別居	⑬ 住民票住所	⑭ 職業	⑮ 収入金額	⑯ 被扶養者該当・不該当理由とその年月日	⑰ 資格確認書発行要否	
	フリガナ 増・減 昭・平・令	ケンポ ワタル 健保 航 △△年△月 △△日生(××)歳	男・女	長男	同・別	〒 － 同上 連絡先( ) －		年額 円 月額 円	(理由) 出 生 令和○年○月○日	☑ 発行必要	
	フリガナ 増・減 昭・平・令	年 月 日生( )歳	男・女		同・別	〒 － 連絡先( ) －		年額 円 月額 円	(理由) 年 月 日	☐ 発行が必要	年 月 日
	フリガナ 増・減 昭・平・令	年 月 日生( )歳	男・女		同・別	〒 － 連絡先( ) －		年額 円 月額 円	(理由) 年 月 日	☐ 発行が必要	年 月 日
	フリガナ 増・減 昭・平・令	年 月 日生( )歳	男・女		同・別	〒 － 連絡先( ) －		年額 円 月額 円	(理由) 年 月 日	☐ 発行が必要	年 月 日

資格確認書の発行が必要な場合は☑を付してください。
以下に該当される方のみ☑を入れてください
・マイナンバーカードを取得していない
・取得したが保険証の利用登録をしていない

注 記入の方法は裏面に書いてありますのでよく読んでください

◎資格確認書の発行要否（⑥、⑰欄）：資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「発行が必要」の☐に✔を付してください。
※ 以下に該当する方に限ります。
・ マイナンバーカードを取得していない方
・ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証として利用登録を行っていない方

①　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（資格確認書：有効期限切れを除く）を必ず添付

健　康　保　険　被保険者 / 被扶養者　届

A. 新　規
B. 増　員
(C) 減　員
D. 変　更

※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)・女	〒　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		資格取得年月日　昭・平・(令)△年△月△日		自宅電話（　03　）3544　－　0000

⑥ 資格確認書発行要否：☐ 発行が必要

⑦ 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

被扶養者について記入欄	⑧増員又は減員の別	⑨氏　名	⑩性別	⑪続柄	⑫同居又は別居	⑬住民票住所	⑭職業	⑮収入金額	⑯被扶養者該当・不該当理由とその年月日	⑰資格確認書発行要否	⑱（健保記入）認定・不該当　年　月　日
	フリガナ 増・(減)	ケンポ　ハナコ 健保　花子	男・(女)	妻	(同)・別	〒　－ 同上	パート	年額 144万 円 月額 12万 円	(理由) 就　職	☐ 発行が必要	年　月　日
	(昭)・平・令	△△年△月 △△日生（××）歳				連絡先（　）　－			令和〇年〇月〇日		
	フリガナ 増・(減)	ケンポ　コウタ 健保　康太	(男)・女	長男	(同)・別	〒　100 -5678 岡山市南区7－7－7	会社員	年額 240万 円 月額 20万 円	(理由) 就　職	☐ 発行が必要	年　月　日
	昭・(平)・令	△△年△月 △△日生（××）歳				連絡先（　）　－			令和〇年〇月〇日		
	フリガナ 増・減		男・女		同・別	〒　－		年額　円 月額　円	(理由)	☐ 発行が必要	年　月　日
	昭・平・令	年　月　日生（　）歳				連絡先（　）　－			年　月　日		
	フリガナ 増・減		男・女		同・別	〒　－		年額　円 月額　円	(理由)	☐ 発行が必要	年　月　日
	昭・平・令	年　月　日生（　）歳				連絡先（　）　－			年　月　日		

(注) 記入の方法は裏面に書いてありますのでよく読んでください

◎資格確認書の発行要否（⑥、⑰欄）：資格確認書の発行が必要な場合（※）は、「発行が必要」の☐に✔を付してください。

※ 以下に該当する方に限ります。

- マイナンバーカードを取得していない方
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証として利用登録を行っていない方