

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 (Kenpo Tarou) including address, birth date, and contact information.

Business owner proof section with a blue box containing instructions: '事業主が証明し事業主から健保組合へ提出します'

注 被扶養者に関する記載は裏面にお願いします。別紙の誓約書をお読みください。

Main table for dependents (被扶養者) with columns for name, sex, residence, 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 要・不要 必要枚数(2)枚

ジェネリック医薬品希望シール 要・不要 必要枚数(3)枚

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	女	自宅電話(03)3544-0000
	社内電話	1000番	資格取得年月日 昭・平・令 △年△月△日		

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)に就いての記入欄で誓約書

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	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 令和〇年〇月〇日	年月日
	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 令和〇年〇月〇日	年月日
	増・減		男・女		同・別	〒 -		年額 円 月額 円	(理由)	年月日
	増・減		男・女		同・別	〒 -		年額 円 月額 円	(理由)	年月日
	増・減		男・女		同・別	〒 -		年額 円 月額 円	(理由)	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