

A 4 横で出力してください。

被 保 険 者 届 被 扶 養 者 届

被扶養者氏名もフリガナをして下さい。

共同印刷健康保険

保険証記号番号	被 保 険 者 氏 名					生年月日・性別			資格取得日	月額
フリガナ —	キョウ	ドウ	タ	ロウ	太郎	①	明・大・昭 年 月 日	男・女	平成 年 月 日	千円
被保険者 住 所	下の枠の中に1枠1文字で記入して下さい。(TEL — —)									
〒 □□□— □□□□	県	市	町	1	2	3				
被 扶 養 者 氏 名					性	生年月日	続柄	扶養した年月日	備 考	
キョウ	ドウ	ハナ	コ	花子	男・女	明・大・昭・平 年 月 日	妻	月 日		
共 同					男・女	明・大・昭・平 年 月 日		月 日		
					男・女	明・大・昭・平 年 月 日		月 日		
					男・女	明・大・昭・平 年 月 日		月 日		
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名	県 市 町 株式会社					①	常務理事	事務長	担 当	入 力 処 理