

・A4サイズ横向きで出力してください  
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

# 被扶養者増減申請書

常務理事		事務長		担当	
------	--	-----	--	----	--

・赤字：申請者記入  
・緑字：事業主記入

【被扶養者増加の場合】

太枠内をご記入下さい。

共同印刷健康保険組合理事長殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

下記の通り被扶養者が異動 { 増加 } したのでお届けいたします。

(TEL ○○○ - ○○○○ - ○○○○)

職 場 名	○○事業部○○部○○課				被 保 険 者	住 所	○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○			性 別	男 ・ 女		
被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	○	○	-	○	○	○	○	○	○	氏 名	共同 太郎	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日

被 扶 養 者 氏 名 (必ず「フリガナ」をつけて下さい)	性 別	生 年 月 日	続 柄	異 動 日	理 由	個 人 番 号 <small>※被保険者からの申告をもとに、事業主が記入してください。</small>
(氏) キョウドウ (名) ハナコ 共同 花子	男・女 女	昭・平・令 年 月 日 ○ ○ ○	妻	○ 月 ○ 日	退職のため	○○○○○○○○○○
キョウドウ ミカ 共同 美花	男・女 女	昭・平・令 年 月 日 △ △ △	長女	※生月日を記入 △ 月 △ 日	出生のため	※申請時にマイナンバーを記入しない場合は、 後日「個人番号届」にてご提出ください。
	男・女	昭・平・令 年 月 日		月 日		
	男・女	昭・平・令 年 月 日		月 日		

事業所所在地	○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○				証 証		入 力
事業所名称	株式会社○○○○				発 回		処 理
事業主氏名	代表取締役 ○○○○				行 収		

・A4サイズ横向きで出力してください  
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください

# 被扶養者増減申請書

常務理事		事務長		担当	
------	--	-----	--	----	--

・赤字：申請者記入  
・緑字：事業主記入

【被扶養者削除の場合】

太枠内をご記入下さい。

共同印刷健康保険組合理事長殿

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

下記の通り被扶養者が異動 { 増加 } したのでお届けいたします。  
(減少)

(TEL ○○○ - ○○○○ - ○○○○)

職 場 名	○○事業部○○部○○課				被 保 険 者	住 所	○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○			性 別	男・女		
被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	○	○	-	○	○	○	○	○	○	氏 名	共同 太郎	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日

被 扶 養 者 氏 名 (必ず「フリガナ」をつけて下さい)	性 別	生 年 月 日	続 柄	異 動 日	理 由	個 人 番 号 <small>※被保険者からの申告をもとに、事業主が記入してください。</small>			
(氏) キョウドウ 共同	(名) ハナコ 花子	昭・平・令 年 月 日	妻	○ 月 ○ 日	就職のため				
	男・女	昭・平・令 年 月 日		月 日					
	男・女	昭・平・令 年 月 日		月 日					
	男・女	昭・平・令 年 月 日		月 日					

事業所所在地	○○県 ○○市 ○○町 ○○ - ○○				証 証 発 回 行 収	入 力 処 理
事業所名称	株式会社○○○○					
事業主氏名	代表取締役 ○○○○					