

被 扶 養 者 新 規 追 加 減 員 届

常務理事	事務長	係	被保険者証記入	給付台帳記入	認定 削除	年 月 日
						年 月 日

被 保 險 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 險 者 証	(記号)	(番号)	被 保 險 者	④ 氏名・印	(印)						
	② 所 属	部 課			⑤ 住 所							
	③ 資格取得年月日	年 月 日			⑥ 生年月日	年 月 日						
	異 動 の あ つ た 人 の み 記 入	⑦ 新規・追加・減員の別	⑧ ふりがな 被扶養者の氏名	⑨ 性別	⑩ 生 年 月 日	⑪ 続 柄	⑫ 雇 用 保 険 受給の有無	⑬ 被扶養者の 年 間 収 入	⑭ 同 居・ 別 居 の 別	⑮ 異 動 年 月 日	⑯ 扶養し始めた (または、扶養 しなくなった)理由	備 考
		新 追 減	男・ 女	年 月 日		有・無・申請中	年金 円 その他 円		年 月 日		
		新 追 減	男・ 女	年 月 日		有・無・申請中	年金 円 その他 円		年 月 日		
新 追 減		.....	男・ 女	年 月 日		有・無・申請中	年金 円 その他 円		年 月 日		
新 追 減		.....	男・ 女	年 月 日		有・無・申請中	年金 円 その他 円		年 月 日		
新 追 減		.....	男・ 女	年 月 日		有・無・申請中	年金 円 その他 円		年 月 日		
⑰ ※新規の方および追加のみ記入して下さい。 上記被扶養者の療養に関し、日新電機健康保険組合から支給される 高額療養費および家族療養付加金の受領に関する権限を日新電機(株) 社長に委任します。										年 月 日 提出		
年 月 日										被保険者氏名 (印)		
事業主が証明するところ										上記の届けについて事実相違ないことを証明する。		
										住所 事業主 氏名 (印)		

※扶養の事実を確認するために必要な書類の提出を求めることがあります。