

	常務理事	事務長	係
処 理			
認 定			

健康保険被扶養者届									
七十七銀行健康保険組合理事長 殿					申請日 年 月 日				
下記の通りお届けいたします					被保険者等 記号・番号		記号 番号(左づめ)		
氏 名			住民票の住 所						
被扶養者 1	フリガナ	生年月日		続 柄	居 住	住民票の住所（別居の場合記入）			
	氏 名	昭和・平成・令和 年 月 日			同居 別居				
	個人番号 マイナンバー						資格確認書 発 行 要 否 ☐ 下部記載の発行条件に該当する場合は ✓を入れて下さい		
被扶養者 2	フリガナ	生年月日		続 柄	居 住	住民票の住所（別居の場合記入）			
	氏 名	昭和・平成・令和 年 月 日			同居 別居				
	個人番号 マイナンバー						資格確認書 発 行 要 否 ☐ 下部記載の発行条件に該当する場合は ✓を入れて下さい		
被扶養者 3	フリガナ	生年月日		続 柄	居 住	住民票の住所（別居の場合記入）			
	氏 名	昭和・平成・令和 年 月 日			同居 別居				
	個人番号 マイナンバー						資格確認書 発 行 要 否 ☐ 下部記載の発行条件に該当する場合は ✓を入れて下さい		
届出の理由（該当理由箇所に○印）					備 考				
出 生 の た め									
結 婚 の た め					婚姻届受理日： 年 月 日受理				
グループ会社への転籍による更新									
そ の 他 （ 詳 細 に 記 入 ）									
事業主記入欄		事業主名および代表者名			☐ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している				

資格 行 確 認 条 件 書	・マイナンバーカードを取得していない又は返納した ・マイナンバーカードは取得したが保険証利用登録を行っていない又は登録を解除した ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れている ・マイナンバーカードを紛失した又は更新手続き中 ・オンライン資格確認を補助する介助者が必要なため、マイナンバーカードでの受診が困難
----------------------------------	--

(注)記号番号がわからない場合は マイナンバーを記入してください

個人番号
(マイナンバー)

(様式 5)

(R6. 12)

データ登録

係

照 合