

事業主経由
JFE健康保険組合 行

健康保険被扶養者取得届

常務理事	事務長	室長	担当

令和 年 月 日提出

正

被 保 険 者	記号	番 号	所属部 課	職場電話	氏 名 (自署)	生 年 月 日
						昭・平 年 月 日生
	現住所 〒			自宅電話 — —		

氏 名	続 柄	性 別	生 年 月 日			事 由	認 定 年 月 日				
			年	月	日		年	月	日		
カナ		男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※			
	個人番号 (12桁)										
カナ		男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※			
	個人番号 (12桁)										
カナ		男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※			
	個人番号 (12桁)										
カナ		男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※			
	個人番号 (12桁)										

備 考	事業主名称	健保受付印
	担当者氏名	
	TEL	

(注) 1.裏面注意事項・記入例を参照の上、**太枠内**をご記入ください。
 2.記入は、黒色ボールペンでお願いします。
 3.個人番号は「12桁」の数値を記載してください。
 4.※欄は記入しないでください。

事業主経由
JFE健康保険組合 行

健康保険被扶養者取得届

令和 年 月 日提出

控	被 保 険 者	記号	—	番 号	所 属 部 課	職 場 電 話	氏 名 (自署)	生 年 月 日
			—					昭・平 年 月 日生
	現 住 所 〒						自 宅 電 話 — —	

新たに取得する家族のみ記入	氏 名		続 柄	性 別	生 年 月 日			事 由	認 定 年 月 日					
	カナ								男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()
	ここは記入しないでください													
カナ								男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※ 年 月 日
	ここは記入しないでください													
カナ								男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※ 年 月 日
	ここは記入しないでください													
カナ								男・女	昭・平 令	年	月	日	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	※ 年 月 日
	ここは記入しないでください													

備 考		健 保 受 付 印
--------	--	-----------------------

(注) 1.裏面注意事項・記入例を参照の上、**太枠内**をご記入ください。
 2.記入は、黒色ボールペンでお願いします。
 3.この用紙(控)には個人番号は記入しないでください。
 4.※欄は記入しないでください。