

常務理事	事務長	室長	担当

事業主経由
JFE健康保険組合 行

健康保険被扶養者取得届

★2枚目(控)にも同様にご記入ください。
ただし、(控)にマイナンバーは記入しないでください。

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	
	1	2	3	-	1	2	3	4	5	6	〇〇〇	012-345-6789	健保 太郎
現住所		〒 123-1234						自宅電話		012 - 123 - 1234			
〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番 〇〇〇 〇〇号室													

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	ケンホ°	カス°コ	妻	男・女	昭・平	0	1	1	0	2	5	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	年 月 日
	健保 和子		個人番号(12桁)	0 0 0 1 1 1 2 2 2 3 3 3										
	カナ	ケンホ°	アヤカ	長女	男・女	昭・平	2	9	0	1	0	1	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離職 その他()	年 月 日
健保 綾香		個人番号(12桁)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2											
カナ				男・女	昭・平	年	月	日	・被保険者の就職	年 月 日				
氏名		続柄												
カナ										年 月 日				
氏名		続柄												
カナ										年 月 日				
氏名		続柄												
カナ										年 月 日				

【提出時の注意】
マイナンバーを記載頂きます(マイナンバー通知受領前等やむを得ない場合は無記入でも受け付けます)ので個人情報漏えい防止のため、必ず封筒に入れ(マイナンバーが外部に見えない状態にして)封緘し、事業主の健保窓口へ提出してください。
また、郵送(社内メールを含む)する場合は、“追跡可能”な方法で提出するなど、十分ご注意ください。

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、黒色ボールペンをお願いします。
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					
	1	2	3	-	1	2	3	4	5	6	〇〇〇	012-345-6789	健保 太郎	昭・平	60年	04月
現住所		〒123-1234				〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番		□□□	〇〇号室		自宅電話 012 - 123 - 1234					

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	ケンホ	カス	コ	妻	男	女	昭・平	令	0	1	1	0	2	5	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離婚 ・その他()	※					
	健保 和子		ここは記入しないでください																			
	カナ	ケンホ	アヤカ	長女	男	女	昭・平	令	2	9	0	1	0	1	・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離婚 ・その他()	※						
	健保 綾香		ここは記入しないでください																			
カナ					男・女	昭・平	令							・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離婚 ・その他()	※							
		ここは記入しないでください																				
カナ					男・女	昭・平	令							・被保険者の就職 ・出生 ・結婚 ・離婚 ・その他()	※							
		ここは記入しないでください																				

備考	事業主名称		健保受付印
	担当者氏名		
TEL		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、黒色ボールペンをお願いします。
 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。