

電子媒体による届出・電子申請時
被保険者資格取得届 添付用

健康保険 被保険者
被扶養者 居所届

| | | | |
|------|-----|---|----|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 確認 |
| | | | |

| 記号 番号 | 対象者氏名 | 郵便番号 | | | | | | | 居所 | |
|----------|-------|------|--|--|---|--|--|--|--------|----------|
| | | | | | | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |
| | | | | | — | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |
| | | | | | — | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |
| | | | | | — | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |
| | | | | | — | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |
| | | | | | — | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |
| | | | | | — | | | | (フリガナ) | 都道 府県 |

令和 年 月 日提出

※申請時の住所(住民票住所)と居所が違う場合にご提出ください。

| | |
|--------|-----|
| 事業所所在地 | 〒 — |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電話番号 | () |

受付日付印