

【ご家族の個人番号(マイナンバー)の届出について】届書に記載またはマイナンバー入り住民票を添付してください。(新生児の出生に伴う申請を除く)

被扶養者として申請する家族	ふりがな 氏名	性別	生年月日(和暦)	続柄	職業 学年	月平均 収入額	被保険者と 同居・別居	被扶養者として 申請する理由	認定日 (記入しないでください)			常務理事 事務長	健康 保険 組合
	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	円	同居 別居	令和						
	個人番号(マイナンバー入り住民票 添付者・新生児は記載不要)											課長	
	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	円	同居 別居	令和						
	個人番号(マイナンバー入り住民票 添付者・新生児は記載不要)											取扱者	
	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	円	同居 別居	令和						
	個人番号(マイナンバー入り住民票 添付者・新生児は記載不要)												
	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	円	同居 別居	令和						
	個人番号(マイナンバー入り住民票 添付者・新生児は記載不要)												
	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	円	同居 別居	令和						
	個人番号(マイナンバー入り住民票 添付者・新生児は記載不要)												
	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	円	同居 別居	令和						

(氏名欄の苗字と名前の間は1マスあけて記入してください。氏名表記に使用可能な文字数は空白を含めて最大15文字となります。)

上記の通り被扶養者として登録していただきたく申請いたします。

なお、今後私に関する家族高額療養費および家族療養付加金の受領を下記事業所に委任いたします。

令和 年 月 日

事業所名(会社名)

所属(勤務地)名

(出向の方は元籍会社名)

(出向の方は出向先名)

西武健康保険組合

理事長 殿

被保険者 (申請者)	被保険者の記号番号 (枝番不要)	(-)				
	氏名					
	生年月日 (和暦)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	性別
	被保険者資格取得 年月日(和暦)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男・女

事業所 管理者	所属 管理者
担当者	担当者

健保受付日

- 届出にあたって、お手数ですが3片に同じ内容をご記入いただき3片ともご提出ください。個人番号記載欄以外はカーボン紙での転写を可とします。
- 性別、元号、同居別居の類別は、当てはまるものに必ず○印をつけてください。
- 手続完了後、資格確認書等を交付いたしますので、国民健康保険等に加入中の方は忘れずに脱退手続きを行ってください。
- ご家族に異動が生じた場合の届出は法令上、事由発生から5日以内と定められておりますので、遅滞なく申請を行ってください。
- 一度に6名以上のご家族を申請する場合は、申請書を2部(各3片)作成してください。(行を追加するなどの様式改変をしないでください。)
- 最右列の「認定日」欄は何も記入しないでください。西武健保にて記入いたします。
- ”消せるボールペン”は不備扱いとなりますので使用しないでください。

《ご注意》

健康保険被扶養者登録申請届(控)

②事業主控
(一度組合まで提出してください)

西武健康保険組合
2026. 5

被扶養者として申請する家族	ふりがな	性別	生年月日(和暦)	続柄	職 学 年	月平均 収入額	被保険者と 同居・別居	被扶養者として 申請する理由	認定日 (記入しないでください)		
	氏名								令和		
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			円	同居 別居		令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			円	同居 別居		令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			円	同居 別居		令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										
		男・女	昭和 平成 令和 年 月 日			円	同居 別居		令和		
	事業主控へのマイナンバー記載は不要です。										

(氏名欄の苗字と名前の間は1マスあけて記入してください。氏名表記に使用可能な文字数は空白を含めて最大15文字となります。)

上記の通り被扶養者として登録していただきたく申請いたします。

なお、今後私に関する家族高額療養費および家族療養付加金の受領を下記事業所に委任いたします。

令和 年 月 日

事業所名(会社名)

所属(勤務地)名

(出向の方は元籍会社名)

(出向の方は出向先名)

西武健康保険組合

理事長 殿

被保険者 (申請者)	被保険者の記号番号 (枝番不要)			(-)
	氏名			
	生年月日 (和暦)	昭和 平成 令和 年 月 日	性別	
	被保険者資格取得 年月日(和暦)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

事業所	所属
管理者	管理者
担当者	担当者

健保受付日

《ご注意》

- 届出にあたって、お手数ですが3片に同じ内容をご記入いただき3片ともご提出ください。個人番号記載欄以外はカーボン紙での転写を可とします。
- 性別、元号、同居別居の類別は、当てはまるものに必ず○印をつけてください。
- 手続完了後、資格確認書等を交付いたしますので、国民健康保険等に加入中の方は忘れずに脱退手続きを行ってください。
- ご家族に異動が生じた場合の届出は法令上、事由発生から5日以内と定められておりますので、遅滞なく申請を行ってください。
- 一度に6名以上のご家族を申請する場合は、申請書を2部(各3片)作成してください。(行を追加するなどの様式改変をしないでください。)
- 最右列の「認定日」欄は何も記入しないでください。西武健保にて記入いたします。
- ”消せるボールペン”は不備扱いとなりますので使用しないでください。

