

※増の場合、必ずマイナンバーの記載がある住民票を添付して下さい。

正

証交付日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者・被扶養者届

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

記号	番号	氏名		性別	生年月日		※資格取得日		※記号の変更			
		(フリガナ)		男・女	昭・平・令 年 月 日		昭和 平成 令和 年 月 日		(旧)	(新)		
被保険者の住所		(フリガナ) 〒		電話番号		所属部署または会社名						
フリガナ 被扶養者の氏名		性別	生年月日	※コート 続柄	職業 (学校年)	月平均 収入	世帯別	扶養の理由 た除く理由	※認定年月日	※扶養区分 健保 賃金 税法		
増減		5. 男 6. 女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居		令和 年 月 日			
マイナンバー												
増減		5. 男 6. 女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居		令和 年 月 日			
マイナンバー												
増減		5. 男 6. 女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居		令和 年 月 日			
マイナンバー												
増減		5. 男 6. 女	昭・平・令 年 月 日				同居 別居		令和 年 月 日			
マイナンバー												

令和 年 月 日 提出

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話

社会保険労務士の提出代行者印

印

受付印