

## 【被保險者情報】

|      |           |     |   |                            |
|------|-----------|-----|---|----------------------------|
| 記 号  |           | 番 号 |   | 令和      年      月      日 提出 |
| 事業所名 |           |     |   |                            |
| 氏 名  | フリガナ<br>氏 |     | 名 |                            |

※3 60歳以上の者又は概ね厚生年金保険法による障害厚生年金の受給要件に該当する程度の障害者の収入要件です。

※6 記載内容の確認のため、健康保険組合から被扶養者の事業所へ問い合わせさせていただくことがあります。