

**健康保険法第118条第1項 被保険者 該当・非該当届
被扶養者**

任意継続被保険者記入用

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者情報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
	記号・番号		年 月 日
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	個人番号 (マイナンバー)		
	(フリガナ) 氏名		
住所	(〒 一) 都道府県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

※被扶養者情報は、被扶養者が法第118条第1項に該当または非該当となるときに、記入してください。

被扶養者情報	(フリガナ) 氏名	生年月日
		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	

共通項目	該当・非該当の別	該当 • 非該当
	該当・非該当の年月日	年 月 日
		令和 <input type="text"/>
	該当・非該当の事由	
備考		

※送付希望先は、電子申請サービス画面上に入力した住所と別の住所に健康保険法第118条第1項該当・非該当通知書の送付を希望する場合にご記入ください。

送付希望先	住所	(〒 一) 都道府県
	宛名	
	電話番号	TEL ()

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印