|  |
| --- |
| 被保険者等記号 |
|  |

健康保険　被扶養者（減少）届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決　　裁 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係 | 係 |
|  |  |  |  |  |

決裁日付印

注 意  
事 項

提 出 先････事業主を経由して健康保険組合へ

提出期限････その都度

提出部数････二通

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者等 番号 |  |  |  | |  |  | 性　別 | 男・女 | 被保険者 の氏名 |  | | | | 被保険者 の生年月日 | | 昭 和  平 成  令 和 | 年　　　月　　　日生 |
| 被保険者の 勤務する 事業所の名称 |  | | | | | | | | | | 被保険者の 現住所 |  | | | | | |
| 被保険者の 資格取得年月日 | 昭 和  平 成  令 和 | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | 被保険者の 報酬月額 | | 円 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被扶養者の氏名 | | 生　年　月　日 | 性 別 | 続 柄 | 扶養しなく なった年月日 | 理 由 | 除外年月日  【健保記入欄】 | 備　　　　　　考 |
| フリガナ | |
| 氏 | 名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭・平・令 | 年 | 月 | 日 | 男・女 |  | 令和  　年 | 月 | 日 |  | 令和  　年 | 月 | 日 |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭・平・令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭・平・令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭・平・令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 昭・平・令 |  |  |  | 男・女 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | |

令　和　　　　年　　　　月　　　　日 提 出　　　　　 上記申請内容は事実と相違ないことを確認しています。

事業所の所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 事業主の氏名

三井物産健康保険組合　理事長殿

（R6.12）