

被保険者等記号

決 裁 日 付 印

決 裁	常務理事	事務長	課長	係

健康保険 被扶養者（減少）届

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 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 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							
氏	名							

昭・平・令	年	月	日	男・女	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日

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