|  |
| --- |
| 被保険者等記号 |
|  |

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

 任意継続 健康保険被扶養者（減少）届

決裁日付印

提出期限････その都度

注 意
事 項

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 被保険者の資格取得年月日 | 令 和 | 　　　年　　　月　　　日 | 被保険者の報酬月額 | 円 | この届が受理された後の被扶養者数 |  | 名 | この届が受理される前の被扶養者数 |  | 名 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　　　　　上記申請内容に相違はありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者　　住所

三井物産健康保険組合　理事長殿 　　　　　　氏名

（R6.12）