

被保険者等記号

決裁日付印

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

注意事項

提出期限・・・その都度

被保険者番号	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	昭平令	年	月	日
昭平令				男・女					昭平令			
昭平令				男・女					昭平令			
昭平令				男・女					昭平令			

令和 年 月 日 提出

上記申請内容に相違はありません。

三井物産健康保険組合 理事長殿

被保険者 住所
氏名