

健康保険被扶養者(異動)届

| 健保組合決裁欄 | | | |
|---------|----|----|-----|
| 常務理事 | 係長 | 主任 | 担当者 |
| | | | |

副

下記の記入事項は、事実と相違ありませんので届出します。

| 被保険者証番号 | 被保険者の氏名及び印 | 生 年 月 日 | 性別 | 異動の種別 | 資格取得年月日 | 標準報酬月額 |
|---------|------------|----------------------------|--------|----------|----------------------|-------------|
| 1030 | 大倉太郎 (印) | 明治・大正 昭和・平成 3 5 0 8 1 3 | 男 女 | 加入 削除 | 昭和 平成 0 6 1 0 0 1 | 千円 3 2 0 |

| | | |
|---------|-------------------|---------|
| 被保険者の住所 | 香川県丸亀市中津町1234番地の3 | ※ 備考 |
|---------|-------------------|---------|

| 被 扶 養 者 | 被扶養者の氏名 | | 生 年 月 日 | | | | 性別 | 続柄 | 職業 | 加入または削除する日とその理由 | | | | 被扶養者の住所 | ※ 認定日 |
|------------------|--------------------------|---------------|----------------------------|--------|---|----|-------------------|----|----|-----------------|-----------|----|---|---------|----------|
| | (フリガナ) オオクラ (氏) 大倉 | (名) アキエ 章江 | 年 | 月 | 日 | 年 | | | | 月 | 日 | 年 | 月 | | |
| | | | 明治・大正 昭和・平成 1 0 1 1 2 2 | 男 女 | 母 | 無職 | 平成 1 5 0 2 1 0 | 年 | 月 | 日 | 父が亡くなったため | 同居 | | | |
| | | | 明治・大正 昭和・平成 | 男 女 | | | 平成 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | | | 明治・大正 昭和・平成 | 男 女 | | | 平成 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | | | 明治・大正 昭和・平成 | 男 女 | | | 平成 年 | 月 | 日 | | | | | | |
| | | | 明治・大正 昭和・平成 | 男 女 | | | 平成 年 | 月 | 日 | | | | | | |

上記届について、認定されましたので通知します。

平成15年 2月12日

所在地 香川県丸亀市中津町1515番地
 事業主 名称 大倉工業株式会社
 氏 名 代表取締役社長 ○ ○ ○ ○ 殿

大倉工業健康保険組合理事長

受付印

◎ 記入方法は別紙の注意事項に書いてありますので、よくお読みください。

