

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

正

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					
	印		明治・大正 昭和・平成	年	月	日	男 女	加 入 削 除	昭和 平成	年	月	日	千円			
被保険者の住所							※ 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)		明治・大正	年	月	日	男 女			平成	年	月	日	理由		
	(氏)	(名)	昭和・平成													
	(フリガナ)		明治・大正	年	月	日	男 女			平成	年	月	日	理由		
	(氏)	(名)	昭和・平成													
	(フリガナ)		明治・大正	年	月	日	男 女			平成	年	月	日	理由		
(氏)	(名)	昭和・平成														

上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日		所在地 事業主 名称 氏 名 印	受 付 印
大倉工業健康保険組合理事長殿			

◎ 記入方法は注意事項に書いてありますので、よくお読みください。

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	異動の種類	資 格 取 得 年 月 日			標準報酬月額					
	印		明治・大正 昭和・平成	年	月	日	男 女	加 入 削 除	昭和 平成	年	月	日	千円			
被保険者の住所						※ 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)		明治・大正	年	月	日	男 女			平成	年	月	日	理由		
	(氏)	(名)	昭和・平成													
	(フリガナ)		明治・大正	年	月	日	男 女			平成	年	月	日	理由		
	(氏)	(名)	昭和・平成													
	(フリガナ)		明治・大正	年	月	日	男 女			平成	年	月	日	理由		
(氏)	(名)	昭和・平成														

上記届について、認定されましたので通知します。 平成 年 月 日 所在地 事業主 名称 氏 名 大倉工業健康保険組合理事長	受 付 印

◎ 記入方法は注意事項に書いてありますので、よくお読みください。