

健康保険被扶養者異動届(減)

常務理事			担当者

複写の為、2枚目にも捺印

被保険者 証の記号 番号	1	被 保 者	氏名印	健 保 一 郎 (印)	性 別	男 ・ 女	住 所	東京都千代田区〇〇〇〇〇
	100001		生年月日	平 50 年 6 月 1 日生	資格取得 年月日	昭和・平成 12 年 4 月 1 日		
事業所の名称		マルハニチロ株式会社			⑧ 事業所の所在地		東京都江東区豊洲3-2-20	
被扶養者の氏名	性別	生年月日	被保険者 との続柄	被扶養者の 月 収	被保険者と 被扶養者の 世帯別	被扶養者で なくなった日	被扶養者で なくなった 理 由	備 考
健 保 はな子	男 ・ 女	平 51 年 4 月 2 日	妻	110,000 円	同世帯 別世帯	28 年 4 月 1 日	就職	
	男 ・ 女	昭 年 月 日		円	同世帯 別世帯	年 月 日		
	男 ・ 女	平 年 月 日		円	同世帯 別世帯	年 月 日		
	男 ・ 女	昭 年 月 日		円	同世帯 別世帯	年 月 日		
	男 ・ 女	平 年 月 日		円	同世帯 別世帯	年 月 日		

必ず保険証を添付して下さい

提出年月日 平成 28 年 4 月 5 日

受付日付印