

健康保険被扶養者【減員】届

常務理事	事務長	担当者

被保険者	記号	番号	枝番	フリガナ 被保険者氏名	カネマツ タロウ 兼松 太郎	性別	生年月日	男	S 35年 7月 27日
	6010	1234567	01						
被保険者資格の取得年月日		H 11年 4月 1日		フリガナ 被保険者の 現住所	〒 104 - 0045 東京 都 中央区築地〇ー×ー〇		TEL 090-XXXX-XXXX		
被 扶 養 者	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	職業	被保険者との 世帯別	被扶養者 から除く日	被扶養者から除く理由	備考
	カネマツ ケン 兼松 健	男	H 8 11 22	長男	会社員	同居	R 年 月 日 1 4 1	就職	4月1日より入社
			H				R 年 月 日		
			H				R 年 月 日		
			H				R 年 月 日		
			H				R 年 月 日		

令和 1年 4月 5日提出

*減員の場合は、減員対象の方の保険証カードを本届と一緒に返却して下さい。
また、就職により減員する場合は、就職先の健康保険に加入した年月日を備考欄に記入して下さい。

事業所 所在地	この部分は記入不要です。 対象者の方の保険証と一緒に、事業主 (人事部)の担当者へご提出下さい。
名称	
事業主 氏名	

受付日付印