

健康保険 被扶養者異動通知書

事業所の名称及び所在地 事業主の氏名

殿

被保険者証		被 保 険 者	住 所 (フリガナ) 氏 名	〒							☎		資格取得年月日	昭和 平成	年	月	日
記 号	番 号						男 ・ 女	生年月日	昭5 平7	年	月	日	この届を出す際 の標準報酬月額	千円			
				(氏)	(名)	㊞											
異動 内容	被扶養者の氏名		生年月日	続柄	コード	被扶養者となった日 被扶養者でなくなった日	性別	職 業	年 収 額	同居 別居	申請理由						
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							
増 減	(フリガナ) (氏)	(名)	昭5 平7 年 月 日			平成 年 月 日	男 女		円	同 居 別 居							

別居の被扶養者の住所	
------------	--

上記のとおり受理しましたので通知します。

平成 年 月 日

合同製鐵健康保険組合理事長 ㊞