被保険者等記号	

N.L. 4-N / I						
決 裁 日 付	. Ell	決	常務理事	事務長	課長	係
		裁				

健康保険 被扶養者 (減少) 届

注 意事 項

提出部数・・・・二通提出期限・・・・その都度 出 先・・・・事業主を経由して健康保険組合へ

被任	呆 険 者 等 号		性別	男 ・ 女	被保険の氏	者名							被の	: 保 生年	険 月 日	昭和成分和	年	月	日生
勤	呆 険 者 の 務 す る き所の名称						被現現	R 険 住	 の所										
	呆 険 者 の ・取得年月日			年	月		日			被報	保 酬	険 i 月	者 の 額						円

フ	扶 氏	養 リ	者	ガ	J	王 名	名ナ		手	月	日	性別	続柄	扶着なっ	& し ル た年	な く 月 日	理	由	除外年月日 【健保記入欄】	備	考
								平・令	年	月	日	男 ・ 女		令和 年	月	日			令和 年 月 日		
								昭•平•令				男・女									
								昭・平・令				男・女									
								昭・平・令				男・女									
								昭・平・令				男・女					_				

令 和 年 月 日提出

上記申請内容は事実と相違ないことを確認しています。

事業所の所在地及び名称

事業主の氏名

三井物産健康保険組合 理事長殿