

任 継	被保険者等記号
	9 0 0

任意継続被保険者
健康保険被扶養者（減少）届

決 裁	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者

正

被保険者自ら署名する場合には押印は不要です
提出日：異動を生じた日から五日以内

被保険者欄	被保険者番号	1	2	3	4	5	被保険者の氏名	神田 司			性別	男	被保険者の生年月日	昭和 57 年 6 月 15 日生
	被保険者の資格取得年月日	令和 6 年 1 月 1 日					この届を出す際の被保険者の標準報酬月額	300 千円		この届が受理された後の被扶養者数	1 名		この届が受理される前の被扶養者数	3 名

フリガナ	氏名	生年月日	性別	続柄	扶養をしなくなった年月日	理由	住所地 <small>理由で「後期高齢」「その他」の方は記入。</small>	資格確認書の添付の有無及び回収年月日		除外年月日
								有・無	年月日	
カンダ	ミホ	昭和 56 年 08 月 16 日	男	妻	令和 07 年 04 月 01 日	就職	都道府県	有・無	令和 07 年 03 月 31 日	
カンダ	ヒフミ	昭和 25 年 04 月 03 日	男	母	令和 07 年 04 月 03 日	75歳到達	東京都	有・無	令和 07 年 03 月 31 日	
		昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無		
		昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無		

※健保記入欄

上記のとおり申請します。
令和 7 年 4 月 5 日 提出

被保険者	氏 名	神田 司
	住 所	〒101-0048 東京都千代田区神田司町1-1-1
	電話番号	03-1111-2222

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受付日付印