

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

任 継	被保険者記号
	9 0 0

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	被保険者証番号					被保険者の氏名		印	性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	被保険者の資格取得年月日	令和	年	月	日	この届を出す際の被保険者の報酬月額		千円	この届が受理された後の被扶養者数		名	この届が受理される前の被扶養者数		名	

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>	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※ 除外年月日		
								都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日
フリガナ	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
	昭・平・令	男・女		令和		都 道 府 県	有・無	令和 年 月 日	令和 年 月 日	

※健保記入欄

上記のとおり申請します。
令和 年 月 日 提出

被 保 険 者	氏 名	
	住 所	〒
	電話番号	

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

受 付 日 付 印

任意継続被保険者

健康保険被扶養者(減少)届確認通知書

任 継	被保険者記号
	9 0 0

副

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	被保険者証番号					被保険者の氏名					性別	男・女	被保険者の生年月日	昭和	年	月	日生
	被保険者の資格取得年月日	令和	年	月	日	この届を出す際の被保険者の報酬月額					この届が受理された後の被扶養者数			この届が受理される前の被扶養者数			

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>	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※除外年月日							
								令和	年	月	日				
フリガナ	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日
	昭・平・令	男・女		令和		都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年	月	日

※健保記入欄

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日に提出された届に基づき上記のとおり確認されたので通知します。

被保険者	氏名	
	住所	〒
	電話番号	

MBK連合健康保険組合 理事長

確認日付印