

任 継	被保険者記号
	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	被保険者証号	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					

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
							有・無	年月日	
カ ン ダ 神田 美保	昭・平・令 5 6 0 8 1 6	男・女 女	妻	令和 0 6 0 4 0 1	就職	都道 府県	有・無 無	令和 0 6 0 3 3 1	
カ ン ダ 神田 一二三	昭・平・令 2 4 0 4 0 3	男・女 女	母	令和 0 6 0 4 0 3	75歳到達	東京 都道 府県	有・無 無	令和 0 6 0 3 3 1	
	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 6 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