

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	1	2	3	4	5	被保険者の氏名	神 田 司			性別	男 女	被保険者の生年月日	昭和 平成	55	年	6	月	15	日生
	被保険者の資格取得年月日	平成 令和	3	年	4	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			

被 扶 養 者 情 報 記 入 欄	フリガナ		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
	氏名	氏名	年 月 日	男 女		年 月 日		都道 府県	有 無	令和 年 月 日
	カ ン ダ	ミ ホ	昭和 平成 56	男 女	妻	令和 03	就職	都道 府県	有 無	令和 03
	神 田	美 保	08	女		05				07
	カ ン ダ	ヒ フ ミ	昭和 平成 21	男 女	母	令和 03	75歳到達	東京 都道 府県	有 無	令和 03
	神 田	一 二 三	05	女		05				07
			昭 平 年 月 日	男 女		年 月 日		都道 府県	有 無	令和 年 月 日
			昭 平 年 月 日	男 女		年 月 日		都道 府県	有 無	令和 年 月 日

※健保記入欄

上記のとおり申請します。
令和 3 年 5 月 10 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