

① 事業所記号		

決	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
裁				

## 健康保険被扶養者（減少）届

正

提出先 提出部 提出期間 事業所を經由して健康保険組合へ  
二通（正・副）を提出した日から五日以内

被保険者欄	② 被保険者等番号					③ 氏名		④ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成	年	月	日生
	⑥ 勤務先名称							⑦ 取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	⑧ 標準報酬月額	千円
	⑨ 住民票住所							⑩ この届出が受理された後の被扶養者数				⑪ この届出が受理される前の被扶養者数	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		資格確認書の添付の有無及び回収年月日			※除外年月日				
	氏	名	昭・平・令	年	月			日	令和	年		月	日	都道府県	有・無	令和	年	月	日	令和	年
			昭・平・令																		
			昭・平・令																		
			昭・平・令																		
			昭・平・令																		

令和 年 月 日 提出

提出者	事業主の確認により本人押印を省略する場合は、下記にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主氏名
	電話番号

MBK連合健康保険組合 理事長 殿

社会保険労務士の提出代行者

受付日付印

※健保記入欄

