

① 事業所記号		

健康保険被扶養者（減少）届確認通知書

副

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）から五日以内

被保険者欄	② 被保険者証番号					③ 氏名	(印)	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			
	⑨ 被保険者の住所						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				

被扶養者情報記入欄	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	被扶養者証の添付の有無及び回収年月日	※ 除外年月日	
			昭・平・令	年 月 日	男・女		令和	年 月 日	都道府県	有・無	令和 年 月 日
			昭・平・令	年 月 日	男・女		令和	年 月 日	都道府県	有・無	令和 年 月 日
			昭・平・令	年 月 日	男・女		令和	年 月 日	都道府県	有・無	令和 年 月 日
			昭・平・令	年 月 日	男・女		令和	年 月 日	都道府県	有・無	令和 年 月 日

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。

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

社会保険労務士の提出代行者

確認日付印

※健保記入欄