

削除

健康保険被扶養者（異動）届

決裁				年	月	日
常務理事	事務長	担当	担当			

「※」印欄は記入不要

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	被保険者証 の番号	生年月日	昭和	年	月	日	※この届出を出す際 の標準報酬月額 千円
	氏名 (フリガナ)	(氏)	取得 年月日	昭和	年	月	日	
	住所							

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	昭和	年	月	日	続柄			
	被扶養者から 除かれた日	平成	年	月	日	理由	性別	男・女	職業	現在加入中の 健康保険の有無	有・無

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	昭和	年	月	日	続柄			
	被扶養者から 除かれた日	平成	年	月	日	理由	性別	男・女	職業	現在加入中の 健康保険の有無	有・無

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	昭和	年	月	日	続柄			
	被扶養者から 除かれた日	平成	年	月	日	理由	性別	男・女	職業	現在加入中の 健康保険の有無	有・無

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	昭和	年	月	日	続柄			
	被扶養者から 除かれた日	平成	年	月	日	理由	性別	男・女	職業	現在加入中の 健康保険の有無	有・無

被 扶 養 者 欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	生年月日	昭和	年	月	日	続柄			
	被扶養者から 除かれた日	平成	年	月	日	理由	性別	男・女	職業	現在加入中の 健康保険の有無	有・無

事 業 主 欄	確認欄										
	<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。									
		令和 年 月 日提出									
		事業所 所在地									
	事業所 名称										
	事業主 氏名										
	電話番号										

受付目付印

令和 年 月 日

エア・ウォーター健康保険組合