

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

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	1	2	3	4	5	氏名	神 田 司			性別	男 女	生年月日	昭和 平成	55 年 6 月 15 日	日生
	被保険者の資格取得年月日	平成 28 年 4 月 1 日					この届を出す際の被保険者の報酬月額	320		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	平成 年 月 日	平成 年 月 日	
カ ン ダ 神 田 美 保	昭 平 5 6 0 8 1 6	男 女	妻	平 2 9 0 4 0 1	就職	都 道 府 県	有・無	平 成 年 月 日 2 9 0 4 0 5	平 成 年 月 日	
カ ン ダ 神 田 一 二 三	昭 平 1 6 0 4 0 5	男 女	母	平 1 6 0 4 0 5	75歳到達	東 京 都 道 府 県	有・無	平 成 年 月 日 2 9 0 4 0 5	平 成 年 月 日	
	昭 平	男 女		平		都 道 府 県	有・無	平 成 年 月 日	平 成 年 月 日	
	昭 平	男 女		平		都 道 府 県	有・無	平 成 年 月 日	平 成 年 月 日	

※健保記入欄

上記のとおり申請します。
平成 29 年 4 月 7 日 提出

被 保 険 者	氏 名	神 田 司		神 田
	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