

① 事業所記号

--	--	--

	常務理事	マネジャー	リーダー	担当者
決裁				

# 健康保険被扶養者（減少）届

正

提出出出  
部期出  
数限先  
二異事  
通業所  
（正・副）を  
（正・副）を  
生じた  
理由して  
健康保  
険組合へ  
から五  
日以内

被保険者欄	② 被保険者証番号		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	年	月	日	⑧ 標準報酬月額	千円
	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		名	⑪ この届出が受理される前の被扶養者数		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								
								平成	年	月	日					
	昭 平	年 月 日	男 ・ 女		平	年 月 日		有 ・ 無	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	昭 平	年 月 日	男 ・ 女		平	年 月 日		有 ・ 無	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	昭 平	年 月 日	男 ・ 女		平	年 月 日		有 ・ 無	平成	年	月	日	平成	年	月	日
	昭 平	年 月 日	男 ・ 女		平	年 月 日		有 ・ 無	平成	年	月	日	平成	年	月	日

※健保記入欄

平成 年 月 日 提出

提出者	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	
	印

受付日付印

① 事業所記号		

## 健康保険被扶養者（減少）届確認通知書

副

提出部数 異動を（正・副）

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	年	月	日	⑧ 標準報酬月額	千円	
	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	名	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	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	※ 健保記入欄
	フリガナ	年 月 日	男・女		年 月 日		都道府県	有・無	平成 年 月 日 / 平成 年 月 日	
		昭 年 月 日	男・女		平 年 月 日		都道府県	有・無	平成 年 月 日 / 平成 年 月 日	
		昭 年 月 日	男・女		平 年 月 日		都道府県	有・無	平成 年 月 日 / 平成 年 月 日	
		昭 年 月 日	男・女		平 年 月 日		都道府県	有・無	平成 年 月 日 / 平成 年 月 日	
		昭 年 月 日	男・女		平 年 月 日		都道府県	有・無	平成 年 月 日 / 平成 年 月 日	

平成 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	事業所所在地	(印)
	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	
	(印)

確認日付印