

正

健康保険 被扶養者（異動）届

常務理事	事務長	担当

記号	被保険者名 生年月日		被保険者住所					資格取得年月日	標準報酬月額	資格確認書 発行希望		
	印		〒						千円			
番号	年 生											
	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	職業	個人番号	収入有無	世帯区分	扶養し始めた日 扶養しなくなった日 (死亡の場合は翌日)	理由	健康保険組合使用欄 認否等年月日	
認定を受けようとする者			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		認・否	
削除する者			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		削除年月日	
			昭和 平成 令和 年 月 日						令和 年 月 日		削除年月日	

上記のとおり相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

印

令和 年 月 日 提出
日鉄物産健康保険組合理事長 殿

受付印

副

健康保険 被扶養者認定（削除）通知書

記号	被保険者名 生年月日		被保険者住所				資格取得年月日	標準報酬月額	資格確認書 発行希望			
	印		〒					千円				
番号	年 生											
	フリガナ 氏名	性別	生年月日	続柄	職業	個人番号	収入 有無	世帯 区分	扶養し始めた日 扶養しなくなった日 (死亡の場合は翌日)	理由	健康保険組合使用欄 認否等年月日	
認定を受けようとする者			昭和 平成 令和 年 月 日			/			令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日			/			令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日			/			令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日			/			令和 年 月 日		認・否	
			昭和 平成 令和 年 月 日			/			令和 年 月 日		認・否	
削除する者			昭和 平成 令和 年 月 日			/	/	/	令和 年 月 日		削除年月日	/
			昭和 平成 令和 年 月 日			/	/	/	令和 年 月 日		削除年月日	/

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 殿

上記のとおり、被扶養者の認定（削除）をしたので通知します。

令和 年 月 日

日鉄物産健康保険組合理事長