提出先:本人(被保険者)→健康保険組合

健康保険 任意継続被扶養者 (異動) 届



常務理事適用担当

健 康 保被保険者	険 記 号	健康保険者番号	被	保	険	者	Ø	氏	名	生	年	月	日	性別	異動の別	資 榕	下取 得	身年丿	月日	標準	集 報	栦	月額
9 0	0 0		(氏)	••••••		((名)	•••••		昭 5 平 7 令 9	年	月	目	男 1 女 2	追加 · 削除 (変更)	平成令和	年	月					千円
被保険者の	住所											備	考							-			

被扶養	者の氏名	生 年 月	日	性別	続柄	被扶養者	被扶養者	被扶養者に	被扶養者で	削除理由	同居別居の別 備 考
	1				年 令	の職業	の収入	なった目	なくなった日	個人番号	(マイナンバー) 12 桁
(氏	(名	昭 5	月日					年 月 日	年 月 日		同•別 ※続柄確認済□
(フリガナ)		平 7 令 9		女2	才						
(氏	(名	年 8 5	月日	男 1				年 月 日	年 月 日		同•別 ※続柄確認済□
(フリガナ)		平 7 令 9		女2	才			令和	冷和		次形代刊框的符
(氏	(名	昭 5	月日	男 1				年 月 日	年 月 日		同 • 別 ※続柄確認済□
(フリガナ)		平 7 合 9		女2	才						
(氏	(名	年 昭 5 平 7	月日	男 1				年 月 日	年 月 日		同 • 別 ※続柄確認済□
(フリガナ)		平 7 令 9		女2	才						

令和 年 月 日提出

健康保険 任意継続

被扶養者認定 (抹消) 通知書

届出の扶養者について認定(抹消) しましたので通知します。

令和 年 月 日

ネスレ健康保険組合 理事長

健康保険 者記号	健康保険者番号	被	保	険	者の	氏	名	生	年	月	日	性別	異動の	別	資 格	下取 得	4年月	月日	標	準 幸	慢 別	月割	Į
9 0 0 0		(氏)	••••••		(名)			昭 5 平 7 令 9	年	月	目 	男 1	追 加 ・ 削 除 (変更)	1 2	平成令和	年	月	Π				1	千円
被保険者の住所										備	考								-				

被扶養	者の氏名	生年月	日	性別_	続 柄 年 令	被扶養者の職業	被扶養者の収入	被 扶 養 者 になった 日	被 扶 養 者 で な く な っ た 日	被扶養者追加理由 又は 削除理由	同居別居の別	備考
(氏 (フリガナ)	(名	年 月 昭 5 平 7 令 9	日	男 1 • 女 2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(氏 (フリガナ)	(名	年 月 昭 5 平 7 令 9	日	男 1 • 女 2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(氏 (フリガナ)	(名	年 月 昭 5 平 7 令 9	日	男 1 • 女 2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(氏 (フリガナ)	(名	年 月 昭 5 平 7 令 9	日	男1 • 女2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□