

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

正

常務理事	適用担当

健康保険被保険者記号	健康保険被保険者番号	被保険者の氏名		生年月日		性別	異動の別	資格取得年月日		標準報酬月額
9000		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男1 女2	追加1 削除2 (変更)	平成 令和	年 月 日	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)	(名)	年 月 日	昭5 平7 令9	男1 女2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)								令和	令和			
(氏)	(名)	年 月 日	昭5 平7 令9	男1 女2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)								令和	令和			
(氏)	(名)	年 月 日	昭5 平7 令9	男1 女2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)								令和	令和			
(氏)	(名)	年 月 日	昭5 平7 令9	男1 女2	才			年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)								令和	令和			

令和 年 月 日 提出

被扶養者認定（抹消）通知書

副

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 被保険者記号		健康保険 被保険者番号		被保険者の氏名		生年月日		性別		異動の別		資格取得年月日			標準報酬月額	
9000				(氏) (名)		昭 5 年 月 日 平 7 令 9		男 1 女 2		追加 1 削除 2 (変更)		平成 令和			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 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
				年 令							
(氏	(名	年 月 日	男 1				年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭 5 年 月 日 平 7 月 日 令 9 月 日	・ 女 2			令 和 年 月 日	令 和 年 月 日				
(氏	(名	年 月 日	男 1				年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭 5 年 月 日 平 7 月 日 令 9 月 日	・ 女 2			令 和 年 月 日	令 和 年 月 日				
(氏	(名	年 月 日	男 1				年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭 5 年 月 日 平 7 月 日 令 9 月 日	・ 女 2			令 和 年 月 日	令 和 年 月 日				
(氏	(名	年 月 日	男 1				年 月 日	年 月 日		同・別	※続柄確認済□
(フリガナ)		昭 5 年 月 日 平 7 月 日 令 9 月 日	・ 女 2			令 和 年 月 日	令 和 年 月 日				