

健康保険 被扶養者届 (増・減 異動届)

常務理事	事務長	調査	G L	担当

(事業所受付日)平成 年 月 日

三菱マテリアル健康保険組合

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号と番号	記号 (左詰め)	番号 (右詰め)	氏名	⑩	生年 月日	S ・ H	年	月	日	(歳)	性別	男 ・ 女
	住 所	(郵便番号)											
(電話番号)													

被 扶 養 者 欄	氏名 <small>(下段に氏名を漢字にて記入し上段にはフリガナ をカタカナで左端より記入し濁点は1字とし、 性と名はそれぞれ分けて記入する)</small>	生 年 月 日		性別	続柄	扶 養 す る 年 月 日	扶 養 し な く な っ た 年 月 日	職 業 (平均月収)	世 帯 別	理 由	喪失証明 書発行の 有 無
		個 人 番 号									
		S・H									有 ・ 無
		S・H									有 ・ 無
		S・H									有 ・ 無
		S・H									有 ・ 無
		S・H									有 ・ 無
		S・H									有 ・ 無

事業所所在地	(郵便番号)	—
事業所名称		
事業主氏名		印
電話番号		

受付日付印

事業所担当課		

※個人情報の取り扱いについて

この届書に添付される扶養状況確認のための書類は、被扶養者の認定業務に関して利用します。

この添付書類は、事業主を経由して届け出ることとし、事業主がその書類の不備・不足等を確認することに同意されたものとして処理します。