

## 健康保険 被扶養者異動(削除)届

一次	二次	スタッフ

届書コード	処理区分
202	

健康保険 事業所記号	健康保険 被保険者番号	被 保 険 者 氏 名

被扶養者の氏名	性別	続柄	生年月日	被扶養者から 除かれた日	被扶養者から 除かれた理由	被扶養者 現住所 <small>(被扶養者様の現在の住所を下記に必ずご記入ください)</small>
					後期高齢者医療 制度該当	〒

※届書は本用紙一枚を提出してください。

削除対象者の現住所を右上太枠部分に記入してください。

当組合より後期高齢者医療広域連合へ情報連携を行うため、正確な住所情報でご提出をお願い申し上げます。

※届出にあたり、必ず下記にチェックしてください。

被保険者に届出意思を確認しました。

所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(            )

受 付 日 印