

# 健康保険被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	担当	担当

北越コーポレーション健康保険組合 御中

\* 削除の場合、対象者の被保険者証を添付してください

異動の別		被保険者				被保険者氏名				備考				
追加	削除	記号		番号		被保険者氏名  ( 歳)				備考				
追加年月日 年 月 日	削除年月日 年 月 日													
		昭和	年	月	日	性別	続柄 コード	職業 年収	個人番号		被扶養者になった理由 又は除かれた理由	年齢	同居	回収年月日 事業所担当が記入
		平成				男・女						同・別	( )	
		令和											同・別	( )
		昭和	年	月	日	男・女						同・別	( )	
		平成											同・別	( )
		令和										同・別	( )	
		昭和	年	月	日	男・女							同・別	( )
		平成										同・別	( )	
		令和											同・別	( )

提出 令和 年 月 日

北越コーポレーション(株)使用欄	新潟 長岡 市川 勝田 紀州 大阪 本社
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

確認

受付日付印