

## 健康保険被扶養者異動届（出生）

東北電力健康保険組合 御中

年 月 日 提出

常務理事	事務長	関係者	担当

**【注意事項】**

- 1) \*印欄は記入しないこと
- 2) 市区町村へ乳幼児医療の申請後、該当・不該当に係わらず「乳幼児医療費助成届」を提出すること
- 3) 生年月日や該当年月日は二桁で記入し、勤務先の健保担当へ提出すること

事業所コード	事業所名称	電話番号（勤務先）

被 保 険 者	氏 名	被保険者証番号		性 別	生 年 月 日				現 住 所									
	記号	番 号	元号		年	月	日											
				男・女	昭 平													

  

被 扶 養 者	フリガナ	生 年 月 日				続 柄	該 当 年 月 日			性 別	個 人 番 号							
	氏 名	元号	年	月	日		年	月	日									
		令和								男・女	*							
		令和				*					男・女	*						
		令和				*					男・女	*						

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	