健康保険被扶養者異動届（減）

常務理事	事 務 長	関 係 者	担　当

東北電力健康保険組合　御中

年　　月　　日　提出

事業所コード	事　業　所　名　称	電話番号（勤務先）

【注意事項】
1）＊印欄は記入しないこと
2）削除理由が「3.その他」の場合は(　　)内に削除理由を簡潔に記入すること
3）資格確認書を添付して勤務先の健保担当へ提出すること
※資格確認書は、交付されている場合のみ添付
※削除年月日以降，添付した資格確認書等で医療機関を受診された場合は，当組合で負担した医療費をご請求する場合があります。
4）1か月以上遡って削除する場合は新しい資格情報のお知らせの写しを添付すること
5）生年月日や削除年月日は二桁で記入すること

	氏　名	記号	番　号	性別	生年月日 元号	年	月	日
被保険者				男・女	昭・平			

	氏　名	生年月日 元号	年	月	日	続柄	削除年月日 年	月	日	性別	削除理由
被扶養者		昭・平・令				＊				男・女	1. 就職　2. 死亡　（　月　日） 3. その他　（　月　日） 削除理由（　　）
		昭・平・令				＊				男・女	1. 就職　2. 死亡　（　月　日） 3. その他　（　月　日） 削除理由（　　）
		昭・平・令				＊				男・女	1. 就職　2. 死亡　（　月　日） 3. その他　（　月　日） 削除理由（　　）

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	