

正

T01

健康保險被扶養者 減異動届

常務理事	事務局長	課長		担当者

上記のとおり被保険者から申請がありましたので提出します。
なお、本申請は申請者本人（被保険者）が作成又は記載内容について誤りがないことを確認したものです。
また、次の✓事項については事実に相違ないことを証明します。
 ⑪欄の2号該当者については外国に赴任する被保険者の同行者である。

事所業在所地

事業所名称 東京都品川区 ●● ●●-●●-●
●●●●● 機構
事業主氏名 理事長 ●●● ●●●

令和〇〇年〇〇月〇〇日

※ 受付目印

社會保險勞務士記載欄