

記入日 平成 年 月 日

(ニチレイ健康保険組合)

☆該当者 1名につき 1枚 (ニチレイビジネスパートナーズ 宛) 提出
☆保険証カード・高齢者受給証を添付願います

常務理事	事務長	係	

健康保険 被扶養者異動(削除)届

75歳到達による < 健康保険 被扶養者 > から < 後期高齢者医療制度 被保険者 > への移管用

お持ちの被保険者証カードに記載されている記号・番号・事業所(勤務部署ではありません)の名称・住所をご記入下さい。

被保険者 No.	記号 ()	事業所	名称		社員番号
	番号 ()		住所		
フリガナ					男・女
被保険者 氏名					印
生年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
郵便番号・住所・電話		〒	—	都 道 府 県	
電話は自宅固定・携帯の どちらでも両方でも可。 但し、頭に186を付して通信 可能となるか 或いは 留守 伝言を残せる電話 以外は 当方より連絡できないので 不可とします。		フリガナ			
		フリガナ			
		電話 () —			

該当する 被扶養者 氏名	フリガナ			男・女	続柄
生年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日			
郵便番号・住所・電話		〒	—	都 道 府 県	
上記 被保険者と 同居の 場合は 住所欄 1行目に 同上 とご記入下さい		フリガナ			
		フリガナ			
		電話 () —			

(事業主)

受付日付印

事業所所在地	〒		
事業所名称			
事業主氏名	印		
電 話	()	—	

下記枠内は ニチレイ健康保険組合が記入します。

被扶養者 削除日	平成 年 月 日	都道府県コード	
----------	----------	---------	--