

シ ナ ネ ン 健 康 保 険 組 合

被 扶 養 者 喪 失 届

■ 後期高齢者医療制度対象者 ■

①75歳以上の方 ②65歳以上～75歳未満で一定程度の障害のある方

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 証		事業所名 (会社名)					
記 号	番 号						
		被保険者氏名					
被 扶 養 者		生 年 月 日			性 別	続 柄	異 動 の 理 由
姓	名						
フリガナ		大	年	月	日	1男 2女	年 月 日 ・ 75歳になった ・ 障害認定を受けた (いずれかを○で囲んでください)
		・ 昭					
住所		TEL					
〒							
フリガナ		大		年	月	日	年 月 日 ・ 75歳になった ・ 障害認定を受けた (いずれかを○で囲んでください)
		・ 昭					
住所		TEL					
〒							

上記の通り被保険者から被扶養者の届出がありましたので提出します。

事業所所在地	令和 年 月 日 提出
事業所名称	〒
事業主氏名	—

受付