

【提出先】株式会社カネカ所属の方は、直接健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へ、関係会社所属の方は事業所健康保険担当部署へ添付書類と共に提出してください。

健康保険被扶養者(異動)届 (被扶養者削除)

常務理事	事務長	係

被 保 険 者	事業所の名称				所 属			
	健康保険 証の記号		健康保険 証の番号		氏 名	(印)		
	〒 住 所	—						
	電話番号	()						

被 扶 養 者	氏名(カナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男女	続柄	
	氏名(漢字)								
	〒 住 所	—							
	申請理由								
	発生日	年 月 日	職 業	有()・無	年間収入	円			

被 扶 養 者	氏名(カナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男女	続柄	
	氏名(漢字)								
	〒 住 所	—							
	申請理由								
	発生日	年 月 日	職 業	有()・無	年間収入	円			

被 扶 養 者	氏名(カナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男女	続柄	
	氏名(漢字)								
	〒 住 所	—							
	申請理由								
	発生日	年 月 日	職 業	有()・無	年間収入	円			

令和 年 月 日提出

所在地
事業所 名 称
事業主氏名 (印)

※株式会社カネカ所属の方は、直接健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へ、関係会社所属の方は、事業所健康保険担当部署（勤労担当部門）へ、健康保険被保険者証・（添付書類）と共に提出してください。

健康保険組合記入欄	処理日	年 月 日	削除日	年 月 日
-----------	-----	-------	-----	-------