



健康保険被扶養者異動届

日本アイ・ビー・エム健康保険組合

被保険者番号： \_\_\_\_\_

被保険者名： \_\_\_\_\_

下記の被扶養者を、令和9年8月1日付で被扶養者から削除願います。

被扶養者氏名： \_\_\_\_\_ (フリガナ： \_\_\_\_\_)

生年月日(和暦)： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 性別： \_\_\_\_\_ 続柄： \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
※以下、健康保険組合使用欄

常務理事	事務長	課長	担当者

決 済	受 付