

パッケージ工業健康保険組合 殿

扶 養 認 定 申 出 書

記号

番号

被保険者
氏名

住所

下記の家族を健康保険被保険者の被扶養者として申請するため
雇用保険離職票1・2のコピーを異動届に添付いたします。

なお、下記の者が雇用保険を受給する場合は、すみやかに被扶養者から
削除いたします。

記

家族氏名

続柄

離職日 平成 年 月 日
令和

令和 年 月 日