

所属事業所 社会保険担当部署

経由大同特殊鋼健康保険組合

大同特殊鋼健康保険組合 被扶養者資格調査書 在中

事業所名		
被保険者氏名		
被保険者証 記号・番号	記号	番号

健康保険 被保険者証	本人（被保険者） 0000年00月00日 交付
	記号 123 番号 45678
	氏名 大同 健保
	生年月日 XXXX年XX月XX日
	資格取得年月日 XXXX年XX月XX日
事業所所在地	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
事業所名称	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
保険者所在地	名古屋市熱田区神宮二丁目3番30号
保険者番号	06230221 ☎052-671-1188
保険者名称	大同特殊鋼健康保険組合

(お願い)

- この封筒に「被扶養者異動届」や「保険証」を入れないでください。
- 提出期限までに、所属事業所の社会保険担当部署へご提出ください。
- 郵送で提出いただく際は、お手持ちの封筒に「事業所の宛先」を記入し送付してください。