常務理事	事務長	担当

被保険者
家　族　医療費助成制度　変更･終了届

提出日	年　月　日								
被保険者等 記号番号	記号 番号	被保険者 氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	被保険者 生年月日	昭和・平成	年	月	日	
被保険者 住所	〒 電話　（　）	所属及び 部署名	電話　（　）						
受給対象者 氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ 電話　（　）	被保険者 との続柄		受給 対象者 生年月日	昭・平・令	年	月	日	
変更･終了 理由 ※あてはまるものに〇	1 住所が変わった 2 所得が変わった 3 終了した 4 その他(　　)								
変更･終了 年月日	年　月　日								

【医療証（両面の写）ここに添付　もしくは本紙にホッチキスで添付】

※資格終了の場合は　添付不要

【送付先】

郵送の場合　：　〒160-0023　東京都新宿区西新宿8-19-1　小林ビル511号室

大気社グループ健康保険組合

受付日付印