

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							
被保険者証 記号番号	記号	被保険者 氏名	フリガナ	被保険者 生年月日	昭和・平成	年	月	日
	番号							
被保険者 住所	〒		所属及び 部署名			電話	(	)
受給対象者 氏名	フリガナ		被保険者 との続柄	受給 対象者 生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月	日
	電話 ( )							
変更・終了 理由 ※あてはまる ものに○	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							
<b>【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】</b>  <b>※資格終了の場合は 添付不要</b>								

**【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