

(注意点)

常務理事	事務長	検 算	係

※ マイナンバー記入欄です。事業主で記入します（任継を除く）

[illegible]

収入月額は、手取り金額ではなく、交通費等を含めた総支給額を記入して下さい。										記入日											
被保険者証 記号・番号		(記号)		(番号)		被保険者氏名				(フリガナ)				性 別		標準報酬月額					
														生年月日							
被保険者 現住所 (居所)		〒				所 属															
		日中連絡先				電話番号															
				メールアドレス				@axa.co.jp													
被扶養者の氏名		性別	生年月日	続 柄	職 業	収入月額	同居 別居	異動年月日	異動理由	※健保記入欄（異動年月日 と同じ場合は、記入省略）											
										認定・削除年月日											
(フリガナ)										認											
										削											
(フリガナ)										認											
										削											
(フリガナ)										認											
										削											
(フリガナ)										認											
										削											
(フリガナ)										認											
										削											
別居の被扶養者の 現住所（居所）																					

アクサ生命健康保険組合

事業所名称	
所在地 (郵便番号)	
事業主の氏名	
電話	(局) 番

被扶養者確認