

正・副ともに記入して下さい

※ こちらは被扶養者削除記入見本です。この用紙を使用した申請は無効とさせていただきます。

平成 年 月 日提出

※出産などで被扶養者を追加される方は「5.異動の別」の「追加1」に○を付けてください。

### 健康保険任意継続被扶養者(異動)届

○「※」の欄は記入しないでください。

常務理事	事務長	担当者
健保記入欄		

1 健康保険被保険者証の		2 被保険者の氏名		3 生年月日		4 性別	5 異動の別	※資格取得年月日		※標準報酬月額		
(記号) 100	(番号) 999999	(氏) 愛振	(名) 太郎 印	明治・1 年 月 日	男 1	追加 1	平成 年 月 日	千円	記入しないで下さい			
				大正・3 XX XX XX		削除 2 (変更)						
				昭和・5	女 2							
6 被扶養者の氏名		7 生年月日		8 性別	9 続柄	10 同居別居	11 雇用保険受給の有無	12 被扶養者の年間収入	13 被扶養者になった日	14 被扶養者でなくなった日	15 扶養し始めた(又は扶養しなくなった)理由	※認定の有・無
(フリガナ) アイフル ハナコ 愛振 花子		明治1 年 月 日 大正3 昭和5 平成7		男 女	妻	同 別	有 無 申請中	年金 円 その他 円	平成 年 月 日 XX XX XX	平成 年 月 日 XX XX XX	・就職 ・失業 ・その他 ( )	都道府県
(フリガナ)		年 月 日		男		同	有 無 申請中	年金 円	平成 年 月 日	平成 年 月 日	・就職 ・失業 ・その他 ( )	都道府県
(フリガナ)		年 月 日							平成 年 月 日	平成 年 月 日	・就職 ・失業 ・その他 ( )	都道府県
(フリガナ)		年 月 日							平成 年 月 日	平成 年 月 日	・就職 ・失業 ・その他 ( )	都道府県
(フリガナ)		年 月 日		男 女		同 別	有 無 申請中	年金 円 その他 円	平成 年 月 日	平成 年 月 日	・就職 ・失業 ・その他 ( )	都道府県
(フリガナ)		年 月 日		男 女		同 別	有 無 申請中	年金 円 その他 円	平成 年 月 日	平成 年 月 日	・就職 ・失業 ・その他 ( )	都道府県

被扶養者から削除(または追加)する方の詳細を記入して下さい。複数いらっしゃる場合は、下段に追加して下さい。

記入しないで下さい

- ・押印は、申請者本人が氏名を署名した場合、本人の押印は不要です。
- ・住所は、アパート名、棟室、番号まで記入して下さい。
- ・被扶養者でなくなる理由が後期医療、後期障害で、後期高齢者医療制度の被保険者になったことである場合は、その時の住所地の都道府県を必ず記入して下さい。