

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

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)	(番号)	(氏)	(名)	明治・1	年 月 日	男 1	追加 1	平成	年 月 日	千円											
			印	大正・3		・	削除 2														
				昭和・5		女 2	(変更)														
6 被扶養者の氏名		7 生年月日		8 性別		9 続柄		7 同居別居		イ 雇用保険受給の有無		ウ 被扶養者の年間収入		10 被扶養者になった日		11 被扶養者でなくなった日		12 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)		明治1 年 月 日		男・女				同・別		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	
		大正3 年 月 日										円									
		昭和5 年 月 日										円									
		平成7 年 月 日										円									
(フリガナ)		明治1 年 月 日		男・女				同・別		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	
		大正3 年 月 日										円									
		昭和5 年 月 日										円									
		平成7 年 月 日										円									
(フリガナ)		明治1 年 月 日		男・女				同・別		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	
		大正3 年 月 日										円									
		昭和5 年 月 日										円									
		平成7 年 月 日										円									

・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ください。

受付日付

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。

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)	(番号)	(氏)	(名)	明治・1	年	月	日	男 1	追加 1	平成	年	月	日	千円					
			印	大正・3				・	削除 2										
				昭和・5				女 2	(変更)										
6 被扶養者の氏名		7 生年月日		8 性別	9 続柄	ア 同居別居	イ 雇用保険受給の有無	ウ 被扶養者の年間収入	10 被扶養者になった日		11 被扶養者でなくなった日		12 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)		明治1	年	月	日	男・女	同・別	有無申請中	年金	平成	年	月	日	平成	年	月	日	・就職 ・失業 ・その他 ()	都道府県
		大正3							円										
		昭和5							円										
		平成7							円										
(フリガナ)		明治1	年	月	日	男・女	同・別	有無申請中	年金	平成	年	月	日	平成	年	月	日	・就職 ・失業 ・その他 ()	都道府県
		大正3							円										
		昭和5							円										
		平成7							円										
(フリガナ)		明治1	年	月	日	男・女	同・別	有無申請中	年金	平成	年	月	日	平成	年	月	日	・就職 ・失業 ・その他 ()	都道府県
		大正3							円										
		昭和5							円										
		平成7							円										
(フリガナ)		明治1	年	月	日	男・女	同・別	有無申請中	年金	平成	年	月	日	平成	年	月	日	・就職 ・失業 ・その他 ()	都道府県
		大正3							円										
		昭和5							円										
		平成7							円										