

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

被保険者欄	被保険者証		被保険者の氏名				生年月日			
	記号	900	フリガナ				昭和 平成	年	月	日
	番号									
	被保険者の住所		〒 _____				連絡先			
						電話	-	-		
						携帯	-	-		

被扶養者に異動がありましたので、次のとおり届出します。

被扶養者欄	被扶養者の氏名				生年月日				性別	続柄	同居別居の別	
	フリガナ				年 月 日				男・女		同居 別居	
	(氏)		(名)		昭和 平成 令和							
	個人番号											
	被扶養者になる場合に記入	被扶養者になった日				被扶養者になる理由				職業	年間収入	
		令和				年	月	日	出生 婚姻 退職 その他()		万円	
	被扶養者でなくなる場合に記入	被扶養者でなくなった日				被扶養者でなくなる理由				該当の被扶養者の被保険者証を添付してください		
		令和				年	月	日	就職 死亡 他の保険に加入 その他()			
	被扶養者の氏名				生年月日				性別	続柄	同居別居の別	
	フリガナ				年 月 日				男・女		同居 別居	
(氏)		(名)		昭和 平成 令和								
個人番号												
被扶養者になる場合に記入	被扶養者になった日				被扶養者になる理由				職業	年間収入		
	令和				年	月	日	出生 婚姻 退職 その他()		万円		
被扶養者でなくなる場合に記入	被扶養者でなくなった日				被扶養者でなくなる理由				該当の被扶養者の被保険者証を添付してください			
	令和				年	月	日	就職 死亡 他の保険に加入 その他()				

健康保険組合使用欄

			受付日	受付番号
			証回収日	