

被保険者証記号	① 被保険者証番号

健康保険被扶養者 届 異動届

任意継続用

(該当する文字 をで囲む)

常務理事	事務長	係	係

(記入上の注意)

ア. 事業所の所在地・名称および事業主の氏名はもれなく記載して下さい。
イ. ※印は記入しないで下さい。

被 保 険 者	氏名と印	フリガナ	性別	男 1 女 2	生年月日	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日	勤務場	所在地	店 部(室) 課 支社					
	住所	〒															
	資格取得した年月日	令和 年 月 日															
	所 属																
被 扶 養 者	増減の別	② 被扶養者の氏名 フリガナ 氏名	③ 性別	男 1 女 2	④ 生年月日	5. 昭 7. 平 9. 令	年	月	日	⑤ 被保険者との続柄	⑥ 被扶養者の職業と月平均収入額	⑦ 被保険者との世帯別	⑧ 扶養しはじめた理由または扶養しなくなった理由	⑨ 扶養しはじめた日または扶養しなくなった日	認定 削除	年月日	⑩ 備考
	増1・減2		男1・女2	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日						円	同 別		令和 年 月 日	令和 ※ 年 月 日		
	増1・減2		男1・女2	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日						円	同 別		令和 年 月 日	令和 ※ 年 月 日		
	増1・減2		男1・女2	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日						円	同 別		令和 年 月 日	令和 ※ 年 月 日		
	増1・減2		男1・女2	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日						円	同 別		令和 年 月 日	令和 ※ 年 月 日		
	増1・減2		男1・女2	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日						円	同 別		令和 年 月 日	令和 ※ 年 月 日		

所在地 事業所 名称	
事業主の氏名	

令和 年 月 日提出

受付日付印