

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	/											
	住所	〒											勤務場 名称										
	資格取得した年月日	令和		年	月	日	勤務場 所 属						店 部 (室)	課 支社									
	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	令和	年	月	日	⑩ 資格確認書発行要否	
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	<input type="checkbox"/> 発行必要 理由
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	<input type="checkbox"/> 発行必要 理由
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	<input type="checkbox"/> 発行必要 理由
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	<input type="checkbox"/> 発行必要 理由

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