

被保険者記号	① 被 保 険 者 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	所在地																	
	住所	〒										名称																	
	資格取得した年月日											令和 年 月 日											所属	店 部 (室)	課 支社				
被 扶 養 者	増減 の別	② 被扶養者の氏名		③ 性別	④ 生 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 資格確認書 発行要否							
		フリガナ																											
	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	□ 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	□ 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	□ 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	□ 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	□ 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