

健康保険被扶養者（異動）届【認定】

常務理事	事務長	担当者

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号	被保険者証 の番号	取得 年月日	選択して ください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	(フリガナ) 氏名 (氏)		生年月日	選択して ください	年	月	日			
			住所	〒 -						

被 扶 養 者 と し て 申 請 す る 者	1	氏名	生年月日	選択して ください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		個人番号									
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合 〒 -						
	被扶養者 とする理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日 (健保欄)	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()					
	2	氏名	生年月日	選択して ください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		個人番号									
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合 〒 -						
	被扶養者 とする理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日 (健保欄)	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()					
	3	氏名	生年月日	選択して ください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
		個人番号									
	続柄	職業	収入 (年収)	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合 〒 -						
	被扶養者 とする理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日 (健保欄)	年	月	日	
		<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()					
	4	氏名	生年月日	選択して ください	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	
個人番号											
続柄	職業	収入 (年収)	住所	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 別居の場合 〒 -							
被扶養者 とする理由	<input type="checkbox"/> 被保険者入社	<input type="checkbox"/> 出生	<input type="checkbox"/> 結婚	<input type="checkbox"/> 退職	<input type="checkbox"/> 失業保険受給終了	認定日 (健保欄)	年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 収入減少	<input type="checkbox"/> 任継喪失	<input type="checkbox"/> 扶養変更	<input type="checkbox"/> 日本居住	<input type="checkbox"/> 他()						

(申請先) 在籍者は、**所属会社の人事・社会保険担当へ提出**となります。任意継続被保険者は、健保へ直接提出下さい。

事業所 所在地	〒 -	提出日	年	月	日	受付年月日	年	月	日
事業所 名称		上記の日付にて認定いたしました。							
事業主 氏名									
電話番号	()								