

健康保険任意継続被保険者資格取得時 被扶養者異動届

申請年月日 令和 年 月 日 提出

被保険者の資格を喪失した年月日
(退職日翌日)を記入

被保険者の氏名	被保険者の氏名		性別	生年月日			任意継続被保険者資格取得年月日			在職時標準報酬月額		
	姓	名		年	月	日	年	月	日			
氏	カナ ショウワ	カナ タロウ	男・女	昭和 平成 令和	〇〇	〇〇	〇〇	昭和 平成 令和	〇〇	〇	〇〇	千円
被保険者の住民票上の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 千葉県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号										TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇	

住民票に記載の住所を記入

被扶養者届(増)	被扶養者の氏名		生年月日	性別	続柄	職業	被扶養者の収入 千円/年	被保険者との世帯別	被扶養者になった日			認定日 (健康保険組合記入)	資格確認書発行要否						
	氏	名							昭和 平成 令和	年	月			日					
氏	昭和	花子	昭和 平成 令和	〇〇	〇	〇	男・女	妻	千円/年	〇	同所帯 別所帯	昭和 平成 令和	〇〇	〇〇	〇〇	年	月	日	☐ 発行が必要
フリガナ	ショウワ	ハナコ	住民票上の住所		〒 -														
氏			昭和 平成 令和				男・女		千円/年			昭和 平成 令和				年	月	日	☐ 発行が必要
フリガナ			住民票上の住所		〒 -														
氏			昭和 平成 令和				男・女					平成 令和				年	月	日	☐ 発行が必要
フリガナ			住民票上の住所		〒 -														

資格喪失後、引き続き当健康保険組合の任意継続被扶養者となる場合は、任意継続被保険者の資格取得日を記入

【資格確認書の発行要否】 ※以下に該当する場合のみに限ります。

- ・ マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードの返納者
- ・ マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除を申請した者、利用登録解除者
- ・ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者

《注意事項》

- ・ この届出書は、現在被扶養として認定されている方で、任意継続被保険者の方の被扶養者として申請する場合のみご記入ください。

健 保 受 付 印

常務理事 事務長 係 係