

健康保険 被扶養者（異動）届（任意継続者用）

※扶養削除の場合は、被保険者証等を添付してください。

常務理事	事務長		担 当

被保険者等 記号番号	99	被保険者 氏名	ケ ン ボ タ ロ ウ		生年月日			性別	資格取得年月日			
	〇〇〇〇		健 保 太 郎		昭和 平成	年 5	月 0	日 0	男 女	平成 令和	年 2	月 6
被保険者 住 所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町1-1-1				電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇			標準報酬 月 額	千円 5 6 0		

異動 の別	被 扶 養 者 の 氏 名		生 年 月 日				性別	続柄	職業 又は 学年	年間予定収入 (税込額)	世帯	扶養をし始めた日 扶養をしなくなった日		個人番号(扶養削除の場合は記入不用)												資格確認書
														理 由 ・ 備 考												発行要否
増加 減少	フリガナ (氏)	ケンボ 花子	昭和 平成 令和	5	1	0	8	3	1	妻 会社員	300万	同居 別居	令和 0	1	0	5	0	1	就職	☐ 発行が必要						
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和							続柄は長男、二女など 詳しく記入してください		同居 別居	令和	個人番号(マイナンバー)は、扶養から削除する 場合、記入の必要はありません。												☐ 行が必要
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和									同居 別居	令和							☐ 発行が必要						
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和									同居 別居	令和							☐						
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和									同居 別居	令和							☐						
増加 ・ 減少	フリガナ (氏)	(名)	昭和 平成 令和									同居 別居	令和							☐ 扶養増加の方で資格確認書の発行が必要な場合には、 ☒ を付してください。 (マイナ保険証を利用される場合は記入不要です)						

※扶養削除をする場合は、個人番号の記入は必要ありません。

事業主の 確認	事務所所在地
	事務所名称
	事業主氏名
	電 話

社会保険労務士の提出代行記載欄

令和 年 月 日提出
受付日付印