

届書コード			
2	0	2	8

健康保険 任意継続被扶養者 変更（訂正）届

被 保 険 者 欄	1	被 保 険 者 証 の 号 記 号 及 び 番 号	左つめ		右つめ	
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) (氏) (名)		⑩	
	4	被保険者の住所	郵便番号	都道府県		電話 ()

下記のとおり変更（訂正）したので届出します。

変更となる項番を「 」で囲んでください。「 」を付けた項目のみ変更前・変更後を記入してください。

変更する被扶養者の方の	5	氏 名		6	生 年 月 日			被扶養者番号 記入不要	
				昭和・平成	年	月	日		
変更となる項目	変 更 前			変 更 後					
7	氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		(フリガナ) (氏) (名)					
8	生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月	日
9	性 別	男 ・ 女		男 ・ 女					
10	続 柄								
11	被扶養者になった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
12	被扶養者でなくなった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
変更（訂正）理由									

変更する被扶養者の方の	5	氏 名		6	生 年 月 日			被扶養者番号 記入不要	
				昭和・平成	年	月	日		
変更となる項目	変 更 前			変 更 後					
7	氏 名	(フリガナ) (氏) (名)		(フリガナ) (氏) (名)					
8	生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日	昭和・平成	年	月	日
9	性 別	男 ・ 女		男 ・ 女					
10	続 柄								
11	被扶養者になった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
12	被扶養者でなくなった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
変更（訂正）理由									

14	社会保険労務士の提出代行者名記載欄
	⑩

受付日付印

協会使用欄

決裁		登録	審査
被扶養者番号		被保険者証回収欄	添付 ・ 返不能 ・ 滅失
被扶養者番号		被保険者証回収欄	添付 ・ 返不能 ・ 滅失