

届書コード
202 0・8・9

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者（異動）届

◎ 添付書類については、左面を確認してください。

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 記号および番号	500000										左づめ	
	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)					㊟	
	4	被保険者の住所	郵便番号		-		電話		()					

被扶養者に異動がありましたので、次のとおり届出します。

被 扶 養 者 欄	被扶養者番号 ※記入不要	5	被扶養者の氏名				6	被扶養者の生年月日			7	性別	8	続柄
			(フリガナ)					昭和・平成				男・女		
			(氏)					(名)						
	被扶養者になる 場合に記入して ください。	9	被扶養者になった日		10	被扶養者になる理由			11	職業	12	年間収入	13	同居・別居の別
			年	月	日	1 出生 2 婚姻 3 退職 4 その他 ()						万円	同居・別居	
	被扶養者でなく なる場合に記入 してください。	14	被扶養者でなくなった日		15	被扶養者でなくなる理由 (理由が後期高齢者医療、後期障害者医療のときは、都道府県名を記入)			16	備考				
			年	月	日	1 就職 2 死亡 3 後期高齢者医療 (都道府県名) 4 後期障害者医療 (都道府県名) 5 その他 ()								
	被扶養者番号 ※記入不要	5	被扶養者の氏名				6	被扶養者の生年月日			7	性別	8	続柄
			(フリガナ)					昭和・平成				男・女		
			(氏)					(名)						
	被扶養者になる 場合に記入して ください。	9	被扶養者になった日		10	被扶養者になる理由			11	職業	12	年間収入	13	同居・別居の別
			年	月	日	1 出生 2 婚姻 3 退職 4 その他 ()						万円	同居・別居	
	被扶養者でなく なる場合に記入 してください。	14	被扶養者でなくなった日		15	被扶養者でなくなる理由 (理由が後期高齢者医療、後期障害者医療のときは、都道府県名を記入)			16	備考				
			年	月	日	1 就職 2 死亡 3 後期高齢者医療 (都道府県名) 4 後期障害者医療 (都道府県名) 5 その他 ()								
	被扶養者番号 ※記入不要	5	被扶養者の氏名				6	被扶養者の生年月日			7	性別	8	続柄
			(フリガナ)					昭和・平成				男・女		
			(氏)					(名)						
	被扶養者になる 場合に記入して ください。	9	被扶養者になった日		10	被扶養者になる理由			11	職業	12	年間収入	13	同居・別居の別
			年	月	日	1 出生 2 婚姻 3 退職 4 その他 ()						万円	同居・別居	
	被扶養者でなく なる場合に記入 してください。	14	被扶養者でなくなった日		15	被扶養者でなくなる理由 (理由が後期高齢者医療、後期障害者医療のときは、都道府県名を記入)			16	備考				
			年	月	日	1 就職 2 死亡 3 後期高齢者医療 (都道府県名) 4 後期障害者医療 (都道府県名) 5 その他 ()								

17	扶養に関する申立欄	添付書類が提出できない事情 にある場合、その理由を記入 してください。											上記の事実と相違ありません。 被保険者氏名		㊟
18	配偶者が被保険者の扶養となっていないときは、 その配偶者の年間収入を記入してください。	万円										受付日付印			
19	社会保険労務士の提出代行者名記載欄													㊟	

※協会使用欄

決裁	登録	審査

被扶養者番号	証回収欄	添付・未回収・滅失
被扶養者番号	証回収欄	添付・未回収・滅失
被扶養者番号	証回収欄	添付・未回収・滅失