



健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届

記入方法については「記入の手引き」をご確認ください。

| | | | | | | |
|----------------------------|---|---|--|--|---|---|
| 被 保 険 者 情 報 | 記号(左づめ) | 番号(左づめ) | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 記号・番号 | | <input type="checkbox"/> 昭和 | <input type="checkbox"/> 平成 | | |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| 個人番号 (マイナンバー) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)の記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。) | | |
| (フリガナ) | | | | | | |
| 氏名 | | | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | 都 | 道 | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | 府 | 県 | |

| | | | | | | | | |
|---|---|------|--|--|---|-----|---|---|
| 変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。 | | | | | | | | |
| 被扶養者欄 | 変更する 被扶養者の方の 氏名 | 生年月日 | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | |
| | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | | |
| 変更となる項目 | 変更前 | | | 変更後 | | | | |
| 氏名 | (フリガナ) | (氏) | (名) | (フリガナ) | (氏) | (名) | | |
| 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | (〒 -) | | | 住所変更年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 性別・続柄 | (性別) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | (続柄) | (性別) <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | (続柄) | | | | |
| 被扶養者になった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 被扶養者でなくなった日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| 海外特例 | 国内居住 | | | 海外居住(海外特例) ※国内居住から海外居住へ変更となった場合該当する項目に☑してください。 <input type="checkbox"/> 留学 <input type="checkbox"/> 同行家族 <input type="checkbox"/> 特定活動 <input type="checkbox"/> 海外婚姻等 <input type="checkbox"/> その他() 海外特例に該当した日:令和 年 月 日 海外特例となる場合は国名を記載してください。() | | | | |
| (※海外特例の該当要件、必要書類については協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください。) | 海外居住(海外特例) | | | 国内居住 ※海外居住(海外特例)から国内居住へ変更となった場合該当する項目に☑してください。 <input type="checkbox"/> 国内転入(令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() 国内転入のうち国内別居の場合は住所を記載してください。 〒 | | | | |

上記のとおり変更(訂正)したので届出します。

令和 年 月 日

(2026.1)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

2 0 1 1 1 7

(e)



全国健康保険協会
協会けんぽ

協会使用欄