

健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届 記入の手引き」をご確認ください。

届書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			自署の場合は押印を省略できます。			

被扶養者欄	変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。								
	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	年	月	日		
	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	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女				
	続柄								
	被扶養者になった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
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									

上記のとおり変更(訂正)したので届出します。

平成 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印 (28.10)

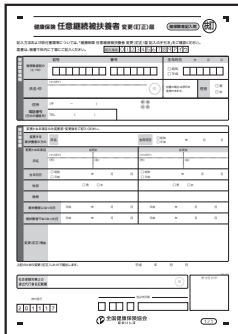
様式番号 2 0 1 1 1 7

協会使用欄

健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届 記入の手引き

健康保険任意継続被保険者の被扶養者の方で、氏名、生年月日等に変更(訂正)があった場合はご提出ください。

届出書は1枚です。
漏れなく正確にご記入ください。



被保険者ご自身がご記入ください。

添付書類をご用意ください。

氏名、生年月日、性別を変更(訂正)する場合:変更(訂正)される方の被保険者証を添付してください。
また、高齢受給者証、限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、それらも併せて添付してください。

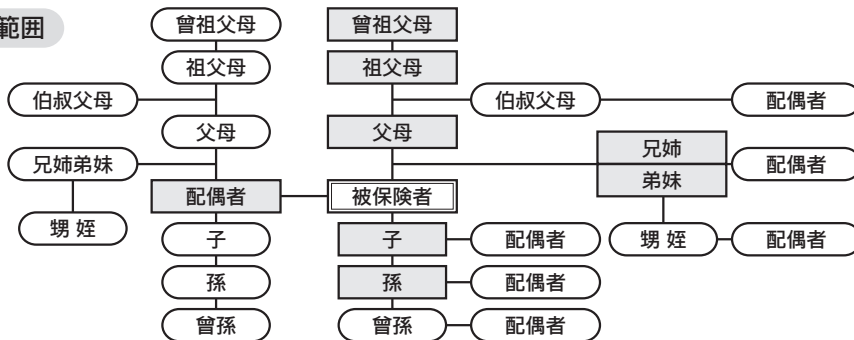
注意事項

- 氏名、生年月日、続柄を変更(訂正)する場合
扶養の要件を確認するために添付書類が必要な場合があります。
詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

被扶養者の認定

任意継続被保険者の被扶養者となるための要件は以下のとおりです。

被扶養者の範囲



□ の方は
生計維持関係が条件
○ の方は
生計維持関係と同一
世帯が条件

「被扶養者の範囲」の記号	□	○
要件	生計維持関係(収入要件) 年収が130万円未満(60歳以上の方や障害者の場合は180万円未満)、かつ、被保険者の年収の1/2未満 (別居の場合は被保険者の仕送り額より少ない。)	生計維持関係(収入要件) 年収が130万円未満(60歳以上の方や障害者の場合は180万円未満)、かつ、被保険者の年収の1/2未満 同一世帯(同居要件)
扶養の要件を確認するための書類	<収入が確認できる書類> ・ 所得証明書、(非)課税証明書 ・ 給与証明書、源泉徴収票、直近の確定申告書のコピー ・ 退職証明書、離職票のコピー など	<収入が確認できる書類> ・ 所得証明書、(非)課税証明書 ・ 給与証明書、源泉徴収票、直近の確定申告書のコピー ・ 退職証明書、離職票のコピー など <同居が確認できる書類> ・ 住民票(被保険者と続柄が確認できるもの)

※学生及び未就学児の場合は生計維持関係(収入)を証明する書類は不要です。
ただし、高校生以上の学生は、職業欄に在学中の学校名及び学年をご記入ください。

※苗字が被保険者の方と異なる場合は続柄の確認できる書類(住民票など)が必要です。
※別居の場合は、仕送り額の確認できる書類が必要です。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

お住まいの都道府県にある協会けんぽ都道府県支部にご提出ください。(郵送で提出できます)
*各支部の電話番号、所在地などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。 TEL 03(XXX)XXXX(健保)

健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届 記入の手引き」をご確認ください。
届書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 被保険者情報

被保険者証の (左つめ)	記号 5 0 0 0 0 0 2 3	番号 4 0	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 1 0 9 0 2
氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎		自署の場合は押印を省略できます。 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	(〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1	△△マンション101	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX)XXXX		

2 被扶養者情報

変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。

変更する 被扶養者の方の	氏名 健保 花子	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 3 年 1 0 月 2 2 日
変更となる項目	変更前	変更後
氏名	(フリガナ) キョウカイ ハナコ (氏) 協会 花子	(フリガナ) ケンポ ハナコ (氏) 健保 花子
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
続柄		
被扶養者になった日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
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	記入誤りのため	

上記のとおり変更(訂正)したので届出します。

平成 26 年 7 月 1 日

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印 (28.10)

様式番号 2 0 1 1 1 7

協会使用欄

全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 1

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

2 該当する箇所のみご記入ください。
また、変更前、変更後については必ずご記入をお願いします。