

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動) 届

被保険者記入用

扶

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

届書は、黒のボールペン等を使用し、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	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	氏名	(フリガナ)					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	(〒 -)	都 道 府 県					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	職業	年間収入	同居別居の別
	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		万円	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(国内在住) <input type="checkbox"/> 別居(海外特例)
	被扶養者になる場合 にご記入ください。	被扶養者になった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者になる理由	<input type="checkbox"/> 出生 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他()		
	住所(同居の場合は記載不要です。海外 在住の方は国名のみ記載してください。)	〒	海外特例に該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。 ※各要件の詳細については記入の手引を参照してください。	<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()			
被扶養者でなくなる場合 にご記入ください。	被扶養者でなくなった日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	被扶養者でなくなる理由 (理由が後期高齢者医療の ときは、都道府県名を記入)	<input type="checkbox"/> 就職・収入増加 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(障害認定)(都道府県名) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療(75歳到達)(都道府県名)			
マイナンバー	<input type="text"/>			備考			
申立欄							
配偶者が被保険者の扶養とならないときは、その配偶者の年間収入をご記入ください。						万円	

被保険者のマイナンバー記載欄

被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。

記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

受付日付印

(2021.6)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄



全国健康保険協会
協会けんぽ