

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	記号	番号	生年月日	年	月	日				
	被保険者証の (左づめ)	5 0 0 0 0 0 1 3	4 0	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	0	0	3	3	5
	氏名	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎			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 ()									

被扶養者情報	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) 健保 花子	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	2 年 3 月 9 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	妻	看護師	120 万円	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 令和	3 年 6 月 1 日	被扶養者になる理由 <input type="checkbox"/> 出生 <input checked="" type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 遺囑 <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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		備考					
申立欄	<p>健保花子に係る添付書類の収入には、新型コロナウイルスワクチン接種業務に医療職として従事した収入〇〇万円が含まれています。</p>							
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	

年間収入は、新型コロナウイルスワクチン接種業務による収入を除いた額を記入してください。
(例) 一か月の収入 通常のパート収入 10万円 ワクチン接種業務の収入 8万円 ⇒年間収入は、120万円(10万円×12)と記入

届け出に当たって、収入を証明する書類(非課税証明書等)を添付する際に、新型コロナウイルスワクチン接種業務による収入額が含まれている場合は、
①ワクチン接種業務に医療職として従事した旨
②当該業務に従事したことによる収入額
がわかるように記入してください。

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交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。)

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 _____

2 0 1 1 1 7 1

(2021.6)

受付日付印