

承認印	係

健康保険任意継続被扶養者（異動）届

被保険者証の記号・番号			被保険者の氏名と印			被保険者の生年月日			性別	異動の別	資格取得年月日			標準報酬月額					
記号	7777	※ 番号	フリガナ		印	5.昭和	年	月	日	1男	1.追加	5.昭和	年	月	日			千円	
						7.平成				2女	2.削除	7.平成							
											3.訂正	9.令和							
個人番号			この届けが受理された後の被扶養者数			名	この届けが受理される前の被扶養者数			名	備考								
被保険者の住所			〒			-			電話番号			()							
フリガナ			性別	被扶養者の生年月日			続柄	被扶養者の職業	区分	※認定年月日			※削除年月日			回収区分			
被扶養者の氏名								月平均収入額	同・別居	扶養をはじめた理由又は扶養しなくなった理由			被扶養者の住所			保険証	高齢証	限度額証	
			1男	5.昭和	年	月	日		同居	※			※	年	月	日	添付	添付	添付
			2女	7.平成				円	別居	令和			令和				返不能	返不能	返不能
個人番号												〒			-	減失	減失	減失	
			1男	5.昭和	年	月	日		同居	※			※	年	月	日	添付	添付	添付
			2女	7.平成				円	別居	令和			令和				返不能	返不能	返不能
個人番号												〒			-	減失	減失	減失	
			1男	5.昭和	年	月	日		同居	※			※	年	月	日	添付	添付	添付
			2女	7.平成				円	別居	令和			令和				返不能	返不能	返不能
個人番号												〒			-	減失	減失	減失	
			1男	5.昭和	年	月	日		同居	※			※	年	月	日	添付	添付	添付
			2女	7.平成				円	別居	令和			令和				返不能	返不能	返不能
個人番号												〒			-	減失	減失	減失	

◎記入の方法をよく読んで記入してください。

上記のことについて、事実と相違ないことを証明します。

提出者記入欄	事業所所在地	〒	-
	事業所名称	任意継続被保険者	
	事業主氏名	印	
	電話番号	()	

令和 年 月 日 提出

