健康保険　任意継続被保険者　被扶養者（異動）届

被保険者欄	被保険者		被保険者の氏名	生　年　月　日
	記号	900	フリガナ	昭和・平成　年　月　日
	番号			
	被保険者の住所	〒　　―		連　絡　先
				電話　－　－
				携帯　－　－

被扶養者に異動がありましたので、次のとおり届出します。

被扶養者欄

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居別居の別
フリガナ （氏）　（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女		同居 別居
個人番号				
被扶養者になる場合に記入	被扶養者になった日：令和　年　月　日	被扶養者になる理由：出生　婚姻　退職　その他（　）	職業	年間収入：万円
被扶養者でなくなる場合に記入	被扶養者でなくなった日：令和　年　月　日	被扶養者でなくなる理由：就職　死亡　他の保険に加入　その他（　）	該当の被扶養者の被保険者証または資格確認書を添付してください	

被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	同居別居の別
フリガナ （氏）　（名）	昭和・平成・令和　年　月　日	男・女		同居 別居
個人番号				
被扶養者になる場合に記入	被扶養者になった日：令和　年　月　日	被扶養者になる理由：出生　婚姻　退職　その他（　）	職業	年間収入：万円
被扶養者でなくなる場合に記入	被扶養者でなくなった日：令和　年　月　日	被扶養者でなくなる理由：就職　死亡　他の保険に加入　その他（　）	該当の被扶養者の被保険者証または資格確認書を添付してください	

健康保険組合使用欄

受付日		受付番号	
証回収日			