

## 健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)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	-	-		

下記のとおり変更(訂正)したので届出します。

変更する方の氏名等を記入し、変更項目に☑のうえ、変更前・変更後の内容を記入してください。

変更する被扶養者の氏名				続柄	
	変 更 前		変 更 後		
氏 名 <input type="checkbox"/>	フリガナ _____ (氏) (名)		フリガナ _____ (氏) (名)		
生年月日 <input type="checkbox"/>	昭和・平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		
性 別 <input type="checkbox"/>	男 ・ 女		男 ・ 女		
続 柄 <input type="checkbox"/>					
被扶養者になった日 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		令和 年 月 日		
被扶養者でなくなった日 <input type="checkbox"/>	令和 年 月 日		令和 年 月 日		
変更(訂正)理由					
備 考	被保険者証等が添付できない場合は、理由を記入してください				

- 変更する方の被保険者証等を添付してください。高齢受給者証や限度額適用認定証等の交付を受けている場合は、併せて添付してください。変更項目が、「被扶養者でなくなった日」の場合は、この届書のみ提出してください。

健康保険組合使用欄

			受付日		受付番号	
			証回収日			
			証交付日	郵送 ・ 手渡し		