

健康保険 任意継続被保険者 被扶養者(異動)届

追加
訂正

常務理事	<h2 style="margin: 0;">記入例</h2> <p style="margin: 0;">この用紙は1枚(単票)です</p>

被保険者証		被保険者の氏名			生年月日			配偶者の有無	性別	資格取得年月日								
記号	番号	フリガナ (氏)	ケンポ	タロウ	昭和	年	月	日	1. 有	男	平成	年	月	日				
9999		(氏)	健保	太郎	平成	5	0	1	2	5	2. 無	女	2	1	0	4	0	4
被保険者の 連絡先	〒 130 - 0026 東京都墨田区両国 - -				被扶養者でない配偶者を 有するときに記入して下さい			認定済 被扶養者数		標準報酬 月額								
	TEL 03 ()	携帯 090 ()		配偶者の 年間収入		2,000,000		円		人		千円						

印欄は記入しないで下さい。

被扶養者の氏名	性別	生年月日			続柄	職業	平均 月収	世帯別	扶養しはじめた日 扶養しなくなった日		理由	認定年月日 削除年月日		備考
		年	月	日					年	月		日	年	
フリガナ ケンポ (氏) 花子	男 女	昭 平	年	月	日	長女	大学生	0	同居 別居	H 21 4 4 年 月 日	任意継続 資格取得 のため	H 年 月 日	現況書添付	
フリガナ ケンポ (氏) 佳代	男 女	昭 平	年	月	日	母	パート	80	同居 別居	H 21 4 4 年 月 日	任意継続 資格取得 のため	H 年 月 日	現況書 所得証明書 給与明細の コピー添付	
フリガナ (氏)	男 女	昭 平	年	月	日				同居 別居	H 年 月 日		H 年 月 日		
フリガナ (氏)	男 女	昭 平	年	月	日				同居 別居	H 年 月 日		H 年 月 日		

全日本理美容健康保険組合

被扶養者に異動があったときは、事由発生日より5日以内に提出して下さい。

注意事項

1. 続柄(被保険者との)は「長男・父・義父・弟」等詳しく記入して下さい。
2. 理由には「任意継続資格取得・出生・就職」等詳しく記入して下さい。
3. 原則、満16歳(高校生)以上の方は必ず添付書類が必要です。
4. 申請書、添付書類等に不備や記入漏れ・捺印漏れがある場合は、認定できない場合がありますのでご注意下さい。
5. 扶養から除く(削除)場合は、該当者の「健康保険被保険者証等」を添えて提出して下さい。

受付日付印