

健保組合	常務理事	理事	事務長	主務者	主務者
------	------	----	-----	-----	-----

健保組合 被扶養者（異動）届 平成 年 月 日

被 保 険 者 欄	住所	〒		⑩	任意継続 資格取得年月日		平成 年 月 日		※欄は健康保険組合にて記入	
	氏名				※任意継続 標準報酬月額		等級 千円		※任意継続 被保険者番号	
扶 養 家 族 申 請 欄	區別	ふりがな 氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年収	住 所	任 意 継 続 異動年月日	扶養に至った 理由
	継続 増・減		男女		大昭平 年 月 日		円	同居・別居 〒	平成 年 月 日	
	継続 増・減		男女		大昭平 年 月 日		円	同居・別居 〒	平成 年 月 日	
	継続 増・減		男女		大昭平 年 月 日		円	同居・別居 〒	平成 年 月 日	
	継続 増・減		男女		大昭平 年 月 日		円	同居・別居 〒	平成 年 月 日	
	継続 増・減		男女		大昭平 年 月 日		円	同居・別居 〒	平成 年 月 日	
	継続 増・減		男女		大昭平 年 月 日		円	同居・別居 〒	平成 年 月 日	
(注) 1. 自筆の場合は、押印省略可						備考				