

# 任意継続被保険者 被扶養者異動届

常務理事		担当	担当

被扶養者に異動があったときは、事由発生日より5日以内に提出してください。

被保険者証		被保険者の氏名	生年月日			
記号	番号		昭和 平成	年	月	日
9	9	氏名				
被保険者の住所		〒				

取扱区分	申請する家族名	性別	生年月日	続柄	職業または学校名・学年	年間収入推計額	世帯別	扶養しはじめた日 またはしなくなった日	理由	個人番号
認定 変更 削除	㊦ 氏名	男女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日		
認定 変更 削除	㊦ 氏名	男女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日		
認定 変更 削除	㊦ 氏名	男女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日		
認定 変更 削除	㊦ 氏名	男女	昭和 平成 令和				同居 別居	年 月 日		

## 注意事項

- 理由には「出生・就職」等詳しくご記入ください。
- 原則、満16歳以上の方は必ず添付書類が必要です。
- 申請書に記入漏れがある場合、添付書類に不備がある場合は、認定できないことがあります。
- 年間収入推計額は、給与・賞金収入、公的年金収入については総収入額(非課税収入含む)とし、事業収入(農業等含む)については前年の所得額(所得税法上の計算による)としてください。
- 削除日以降に対象の方が被保険者証を使用(医療機関での受診等)した場合には、当健康保険組合が負担した医療費について、後日請求し返納していただくことになります。
- 後期高齢者医療制度の適用を受けている方(75歳以上の方、もしくは65歳以上75歳未満で寝たきり等の理由によりその適用を受けている方)については認定できません。

受付印
-----