

任意継続被保険者

健康保険被扶養者（異動）届

令和 年 月 日 提出

決 裁			
常務理事	事務長		担当者

被 保 険 者	記号 番号	第 号	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日	性別	男 女
	住 所	〒 -			資格取得 年月日	令和 年 月 日	
	この届出を出す際 の標準報酬月額	千円	被保険者の年間 収入（見込）	円	※資格喪失 年月日	令和 年 月 日	

氏 名	性別	生年月日	続柄	職業	年間収入 見込	年金受給の有無 (有の場合は年金額 を記入してください)	同居 別居 の別	開始 終了 の別	扶養開始または 終了の年月日	扶養開始また は終了の理由	住 所
											個人番号（扶養開始時）
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日			円	有・無	同・別	始・終	令和 年 月 日		〒 -
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日			円	有・無	同・別	始・終	令和 年 月 日		〒 -
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日			円	有・無	同・別	始・終	令和 年 月 日		〒 -
(フリガナ)	男・女	昭平令 年 月 日			円	有・無	同・別	始・終	令和 年 月 日		〒 -

申請者住所	〒 -
申請者氏名	
電 話	(局) 番

令和 年 月 日
H. U. グループ健康保険組合理事長

受付日付印

- （ 1. ※印欄は記入しないでください。
注 2. 被扶養者を削除（終了）する場合は、対象となる方の健康保険被保険者証をこの届出書に添付してください。
意 3. 続柄欄には「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「二男」、「長女」、「二女」、「祖父」、「祖母」などと記入してください。
事 4. 職業欄には「主婦」、「年金受給者」、「小学生」、「中学生」、16歳以上の学生の場合は「高校〇年」、「パート」等と記入してください。
項 5. 年間収入見込欄には、非課税対象となる年金（障害・遺族）、失業給付、傷病手当金等も含まれます。
 6. 理由欄には扶養になった或いはならなくなった理由として、結婚、出生、失業、死亡、養子縁組、後期高齢者該当等、事実を具体的に記入してください。