

健康保険被扶養者(異動)届(任継)

本部 決 裁			事業所受付		
常務理事	事務長	係	課長	係長	係

注： 網掛け欄をご記入下さい。

提出日	年	月	日
-----	---	---	---

被 保 険 者	記号	番号	氏名・印	フリガナ	印	生年月日	昭・平・令	性別	資格取得日	令和
							年 月 日	男・女		年 月 日
	被保険者住所	〒 ー ※退職後の住所を記入ください			【子どもの扶養開始申請時のみ記入】 当健保に加入していない配偶者を有するときに記入 ※注意事項6.を確認					標準報酬月額
勤務先事業所名	任意継続保険			配偶者の年間収入	円	被保険者の年間収入	円	千円		

被 扶 養 者	フリガナ		性別	生年月日	続柄	職業 学校・学年	年間総収入 見込額	年金受給の有無 有の場合は 年金額記入	住居 区分	扶養の 開始・終了	扶養の開始・終了 年月日	扶養の開始・終了の理由 ↓理由番号記入欄	資格確認 書の発行
	氏	名											
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日	【開始・終了理由】 1. 被保険者の退職 (任意継続資格取得) 2. 出生 3. 就職 4. 退職 5. 収入増 6. 収入減 7. 失業給付受給開始 8. 失業給付受給終了 9. 同居 10. 別居 11. 離婚 12. 75歳到達 13. 死亡 14. その他 ↓理由記入 ()	<input type="checkbox"/> 必要
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 必要
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 必要
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 必要
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 必要
	(姓)	(名)	男・女	昭・平・令 年 月 日			円	有・無 円	同居 ・ 別居	開始 ・ 終了	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 必要

上記の届出に相違ないことを証明します
年 月 日

受付日付印

東洋製罐健康保険組合理事長 殿

- (注 意 事 項)
1. 扶養終了の届出で、資格確認書をお持ちの場合は、必ず添付して下さい。
 2. 「職業、学校・学年」欄には、パート、アルバイト、小学6年、中学2年、高校3年、大学1年、等具体的に記入して下さい。
 3. 「続柄」欄には妻、内縁の妻、実父、妻の実父、子(長男)、孫、養母、妻の姉、弟等詳しく記入して下さい。
 4. 「扶養の開始・終了の理由」欄には、開始終了理由に該当する番号を記入して下さい。
 5. 扶養開始の届出の場合は、扶養申請対象者の状況に応じた各種証明書類が必要となります。(就学生は学生であることが証明できる書類等)
 6. 子どもの扶養開始申請時には、当健保に加入していない配偶者の直近の収入が証明できる書類(源泉徴収票、所得証明書等)を添付して下さい。