

黒の油性ボールペンで記入して下さい。

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

正 健康保険被扶養者(異動)届 (任継用)

決裁 日付印

Organizational chart table with columns: 常務理事, 事務長, 課長, 係

Main application form for health insurance dependent (異動) with fields for insured person details, address, and movement type (3 削除).

※記入漏れや確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。

Form for dependent details (被扶養者欄) 1, including name, birth date, gender, and employment status.

※死亡の場合は死亡日の翌日

Form for dependent details (被扶養者欄) 2, including name, birth date, gender, and employment status.

※死亡の場合は死亡日の翌日

Form for dependent details (被扶養者欄) 3, including name, birth date, gender, and employment status.

※死亡の場合は死亡日の翌日

Form for dependent details (被扶養者欄) 4, including name, birth date, gender, and employment status.

※死亡の場合は死亡日の翌日

Business information section (事業所所在地, 事業所名称, 事業主氏名, 電話番号) with '任意継続' (Arbitrary Continuation) written in the name field.

令和 年 月 日 提出 受付年月日

事業主受付

2022.1



健康保険被扶養者(異動)届

(任継用)

被保険者欄	被保険者証の記号	被保険者証の番号	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	標準報酬月額	千円
	氏名 (氏)	(名)	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	給与	1. 日給月給 2. 時間給 3. 年俸
	住所	異動の種類別	1 追加 ・ 2 追加(出生のみ) ・ 3 削除 ・ 4 変更			変更内容	1. 氏名変更 2. その他 ()		

※記入漏れや確認書類の添付漏れがあった場合は受理できません。

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	備考			
	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	削除の理由	認定の可否	可 ・ 否		
	※死亡の場合は死亡日の翌日									

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	備考			
	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	削除の理由	認定の可否	可 ・ 否		
	※死亡の場合は死亡日の翌日									

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	備考			
	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	削除の理由	認定の可否	可 ・ 否		
	※死亡の場合は死亡日の翌日									

被扶養者欄	氏名 (フリガナ)	(氏)	(名)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合	〒	備考			
	被扶養者でなくなった日	9.令和	年	月	日	削除の理由	認定の可否	可 ・ 否		
	※死亡の場合は死亡日の翌日									

事業所所在地	〒
事業所名称	任意継続
事業主氏名	
電話番号	()

令和 年 月 日 提出 受付年月日 2022.1

うえのとおり認定になりましたから通知します

令和 年 月 日

イオン健康保険組合理事長