

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

常務理事	事務長	課長	係

被保険者欄	被保険者証の記号	90	被保険者証の番号	○○○○○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	3	4	5	6	標準報酬月額	千円
	氏名	イオン 太郎		取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	4	4	1	給与	1. 日給月給 2. 時間給 3. 年 俸		
	住所	〒○○○-○○○ ●県●市●町1-2-3		異動の種別	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	(フリガナ)	イオン	タイチ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	2	3	4	性別	1.男 2.女
	(氏)	イオン 太一		個人番号						
	職業	会社員	続柄	長男	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	4	6	1	追加の理由	就職のため		認定の可否	可・否

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和				性別	1.男 2.女
	(氏)			個人番号						
	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				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	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和				性別	1.男 2.女
	(氏)			個人番号						
	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				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	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和				性別	1.男 2.女
	(氏)			個人番号						
	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				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 4年 6月 4日 提出

受付年月日

2022.1

事業主受付

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

副健康保険被扶養者（異動）届

（任継用）

被保険者欄	被保険者証の記号	90	被保険者証の番号	○○○○○○○	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	3	4	5	6	標準報酬月額	千円
	氏名	(氏) イオン	(名) 太郎	取得年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		4	4	1	給与	1. 日給月給 2. 時間給 3. 年俸	
	住所	〒○○○-○○○ ●県●市●町1-2-3		異動の種別	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	(フリガナ)	イオン	タイチ	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和		2	3	4	性別	1.男 2.女
	(氏)	イオン	太一	個人番号							
	職業	会社員	続柄	長男	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		4	6	1	追加の理由	就職のため		認定の可否	可・否

※死亡の場合は死亡日の翌日

被扶養者欄	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和					性別	1.男 2.女
	(氏)			個人番号							
	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					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	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和					性別	1.男 2.女
	(氏)			個人番号							
	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					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	(フリガナ)			生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和					性別	1.男 2.女
	(氏)			個人番号							
	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					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 4年 6月 4日 提出 2022.1 受付年月日

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