

家族（被扶養者）異動届 [任継]

年 月 日

所属	任意継続被保険者	被保険者番号	フリガナ					
TEL	()	1 -	氏名					
フリガナ	性別	続柄	職業	同居・別居	住所	異動理由	増減の別	
異動者氏名			収入 (種類・年額)			異動年月日		
生年月日	男・女			同・別			増・減	
年 月 日			年 月 日					
	男・女			同・別			増・減	
年 月 日			年 月 日					
認定・喪失		常務理事	事務長	係	健保受付印	窓口受付印		
年 月 日								

<添付書類>

	必須書類	被扶養者が19歳以上の場合は収入を証明できる書類	該当する場合
増	<input type="checkbox"/> 住民票 <small>世帯全員分、続柄記載</small>	<input type="checkbox"/> 所得証明書または課税(非課税)証明書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 仕送り証明(学生は在学証明書) <input type="checkbox"/> 雇用保険受給資格者証の写し <input type="checkbox"/> 雇用保険の取扱いに関する申立書 <input type="checkbox"/> 年金額を証明するもの(改定通知書写し等) <input type="checkbox"/> 退職日を証明する書類
減	<input type="checkbox"/> 健康保険証		<input type="checkbox"/> 新規取得先健康保険証の写し