

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					
メールアドレス								
	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							
	年 月 日	男・女			同・別		年 月 日	増・減
	年 月 日	男・女			同・別		年 月 日	増・減
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 世帯全員分、続柄記載	<input type="checkbox"/> 所得(課税・非課税)証明書 または確定申告控えコピー	<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

※この他にも書類を追加でご提出いただくことがあります。