

正 健康保険被扶養者（異動）届

※任意継続健康保険加入中に、新規に扶養に入れたい方がいる場合に使用します
退職後から引き続き扶養に入れる手続きをする場合は、この書類の提出は必要ありません

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	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)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名 (氏)	(名)	個人番号 (必須)							
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由		認定の 可否	可 ・ 否	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名 (氏)	(名)	個人番号 (必須)							
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由		認定の 可否	可 ・ 否	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名 (氏)	(名)	個人番号 (必須)							
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由		認定の 可否	可 ・ 否	

被 扶 養 者 欄	(フリガナ)	生年月日	5.昭和 7.平成 9.令和	年	月	日	性別	1.男 2.女		
	氏名 (氏)	(名)	個人番号 (必須)							
	職業	続柄	住所	1.同居 2.別居	別居の場合 〒			備考		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由		認定の 可否	可 ・ 否	

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 2022.1 受付年月日

事業主受付

副健康保険被扶養者（異動）届

※任意継続健康保険加入中に、新規に扶養に入れたい方がいる場合に使用します
退職後から引き続き扶養に入れる手続きをする場合は、この書類の提出は必要ありません

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		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由				認定の可否	可 ・ 否
	個人番号										

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		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由				認定の可否	可 ・ 否
	個人番号										

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		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由				認定の可否	可 ・ 否
	個人番号										

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		
	被扶養者になった日 / なりたい日	9.令和	年	月	日	追加の理由				認定の可否	可 ・ 否
	個人番号										

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 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