

常務理事	事務長		担当者

**記入例**  
**任意継続取得の場合**

被扶養者がいない場合も、この届け出は必要です。  
その場合は、被扶養者名欄は空欄のまま提出してください。

**健康保険被扶養者異動届**

必ず  
ご捺印ください

平成 ○ 年 △ 月 □ 日提出

区分 (○で囲むこと)	<b>新規</b> 増加 減少 住所変更				
被保険者 記号番号	記号 番号	(フリガナ) 被保険者 氏名	ケンボ 太郎	被保険者 生年月日	昭和 平成 ○ ○ 年 △ △ 月 □ □ 日
被保険者住所	〒 111-2222 東京都〇〇市△△1-2-3			所属	
自宅電話番号	1 1 1 1 ( 2 2 2 2 ) 3 3 3 3			内線・外線	

被扶養者の氏名 (フリガナ)	性別	生年月日	注② 続柄	注③ 職業	注④ 収入月額	同居 別居	扶養者となった日 扶養者でなくなった日 (必ず記載)	注⑤ 理由	※ 事業主記入欄	※ 健保記入欄 認定年月日
(氏) ケンボ (名) サクラ <b>健保 さくら</b>	男 女	昭和 平成 ○ ○ 年 △ □ 日	妻	無職	なし	同 別	平成 ○ ○ 年 △ □ 日			
(氏) けんぼ (名) 一郎 <b>健保 一郎</b>	男 女	昭和 平成 ○ ○ 年 △ □ 日	長男	大学3年	なし	同 別	平成 ○ ○ 年 △ □ 日			
(氏) (名)										平成 年 月 日
(氏) (名)										平成 年 月 日

任意継続になる際に、  
もともと認定している妻以外の被扶養者が  
いる場合には、被扶養者の認定調査を行  
ないます。

「子」の場合は「子」ではなく  
「長男」「長女」等ご記入ください

「任意継続被保険者資格取得届」と一緒に  
健保組合へご提出ください。

【収集する個人情報について】本届出に記入された個人情報は、健康保険業務以外には使用いたしません。

受付日付印

上記の届について事実と相違ないこと証明いたします。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	
----------------------------------	--

平成 年 月 日  
日本電子健康保険組合 殿