

健康保険被扶養者(異動)届<任意継続者用>

申請年月日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日					ボールペンでご記入ください	
被保険者証の 記号と番号	記号	番 号				被保険者 氏名	健保 太郎 
	1 9	2	3	4	5		
住 所	〒 471 - 0832 豊田市丸山町6-22						
電話番号	(0565) 28 - 0087						

[扶養取消し申請対象家族] 対象家族についてご記入ください ★対象家族の健康保険証も一緒に提出

①	フリカ`ナ	ケンボ` ハナコ		性別	続柄	扶養しなくなった日とその理由
	氏 名	健保 花子		男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	妻	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	生年月日	昭和・平成・令和 28 年 4 月 1 日				理由 就職したため
②	フリカ`ナ			性別	続柄	扶養しなくなった日とその理由
	氏 名			男・女		令和 年 月 日
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				理由
③	フリカ`ナ			性別	続柄	扶養しなくなった日とその理由
	氏 名			男・女		令和 年 月 日
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				理由
④	フリカ`ナ			性別	続柄	扶養しなくなった日とその理由
	氏 名			男・女		令和 年 月 日
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日				理由