

健康保険被扶養者異動届(扶養取消)〈任意継続者用〉

申請年月日	令和 年 月 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	
	1 9		
住 所	〒 ー ※ご連絡いただいているご住所と変更の場合のみ記入してください		
電話番号	() ー		

[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（または資格確認書※）も一緒に提出 ※資格確認書は交付者のみ

…2024年12月1日以降の加入（保険証の交付なし）の場合、資格確認書の交付がない方は添付不要です。

①	フリカゝナ		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
②	フリカゝナ		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	フリカゝナ		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	フリカゝナ		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

健保組合受付印

【健保組合記入欄】

判 定	取 消
喪 失 日	令和 年 月 日