

健康保險被扶養者異動届(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			被保険者	
	1 9				氏名	
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`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`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

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

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 月 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 印
	1 9	2	3	4	5	6		
住 所	〒 4 7 1 - 0 8 3 2 豊田市丸山町6-22							
電話番号	(0 5 6 5) 2 8 - 0 0 8 7							

[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

①	フリカゝナ	カノボ ハナ	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 女	妻	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
	生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 6 0 年 4 月 1 日			理由 就職したため
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