

健康保険任意継続被保険者 被扶養者（異動）届

常務理事	業務課長	係長	係員

東和銀行健康保険組合理事長 殿

① 被保険者証	記号	90	② 被保険者氏名	(フリガナ)		③ 性別 男・女	④ 生年月日		
	番号						昭・平	年 月 日	
⑤ 被保険者の住所		〒 - 都道府県				TEL			
⑥ 異動区分	⑦ 被扶養者氏名 (フリガナ)	⑧ 性別	⑨ 生年月日	⑩ 続柄	⑪職業	⑬扶養し始めた日 又は 扶養しなくなった日	⑭ 被扶養者となる理由 又は、除く理由	⑮ 被保険者と同居・別居の別	認定年月日
					⑫年収額				削除年月日
増・減	(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日		同居・別居	令和 年 月 日
									令和 年 月 日
増・減	(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日		同居・別居	令和 年 月 日
									令和 年 月 日
増・減	(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日		同居・別居	令和 年 月 日
									令和 年 月 日
増・減	(フリガナ)	男・女	昭・平・令 年 月 日			令和 年 月 日		同居・別居	令和 年 月 日
									令和 年 月 日

※ 健康保険 被扶養者申請調書(任意継続被保険者用)を必ず添付してください。

受付印