

健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届

被保険者記入用



記入方法および添付書類等については、「健康保険 任意継続被扶養者 変更(訂正)届 記入の手引き」をご確認ください。

届書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	自署の場合は押印を省略できます。	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

被扶養者欄	変更となる項目のみ変更前・変更後をご記入ください。								
	変更する 被扶養者の方の	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日		
	変更となる項目	変更前			変更後				
	氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)	(フリガナ)	(氏)	(名)		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女			
	続柄								
	被扶養者になった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日
被扶養者でなくなった日	平成	年	月	日	平成	年	月	日	
変更(訂正)理由									

上記のとおり変更(訂正)したので届出します。

平成 年 月 日

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

受付日付印 (28.10)

様式番号

2 0 1 1 1 7

協会使用欄

--	--	--	--