

## 任意継続被扶養者（異動）届

被保険者証の 記号と番号	—	被保険者の 氏名		被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和           年   月   日 <input type="checkbox"/> 平成		
資格取得の 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令           年   月   日	被保険者の 住所	〒			TEL   -   -	
フリガナ 被扶養者の氏名	性別	被扶養者の生年月日	続柄	被扶養者の住所 (非同居の場合のみ記入)	職業（無職・年金）	被扶養者認定日 または 扶養削除となった日	異動事由
					収入額（年見込/年金含）		
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平   年   月   日 <input type="checkbox"/> 令		〒		令和  年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平   年   月   日 <input type="checkbox"/> 令		〒		令和  年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平   年   月   日 <input type="checkbox"/> 令		〒		令和  年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平   年   月   日 <input type="checkbox"/> 令		〒		令和  年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平   年   月   日 <input type="checkbox"/> 令		〒		令和  年 月 日	

※上記、太枠内すべてご記入ください。収入金額・提出日も必ずご記入ください。年金を受給されている方は年金額も含めた金額を必ず記入してください。

※被扶養者の認定条件を満たしているか確認のため書類の提出を求めることがあります。

※被扶養者を就職等で削除する場合は、被扶養者が加入中の保険証のコピーと荏原の保険証を添付してください。

令和           年   月   日   提出

荏原健康保険組合