

任意継続被扶養者 異動・変更届

新規・追加
 削除

記入例

該当する項目に☑する

記号番号	記号	101	記号	11111	記号番号が分からない場合、個人番号を記入						
個人番号											
被保険者氏名	健保 五郎			被保険者住所	〒144-0008 TEL 03 (1234) 5678 東京都大田区〇〇-△△△			被保険者生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60年 6月 30日 <input type="checkbox"/> 平成		
改姓による届け出の場合使用	被保険者旧氏	健康保険の資格情報にある記号・番号を記入 (マイナンバー・保険証・資格確認書等より参照) ※記号番号がわからない場合は、個人番号を記入			変更事由	資格確認書の発行が必要な方は☑する ※当方にてマイナ保険証の紐づけ状況を確認しています。 ☑されていてもマイナ保険証の紐づけが確認できた場合は、 資格確認書の発行は行いません。			変更年月日	令和 年 月 日	
「妻」「長男」など詳しく記入											
氏名	性別	続柄	生年月日	資格確認書発行要否※1	同居	職業・年間収入	取得喪失年月日				
(フリガナ) ケンボ ヨシコ 健保 良子	女	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 60年 9月 11日	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	職業 年金受給者 年間収入 900,000円	令和 年 月 日				
個人番号		異動年月日		異動事由							
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 1		令和 7年 4月 1日		退職		同居か非同居を選択 非同居のみ住所を記入					
(フリガナ) ケンボ タイチ 健保 太一	男	長男	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 20年 7月 23日	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	職業 学生 年間収入	令和 年 月 日				
個人番号		異動年月日		異動事由							
1 1 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0		令和 7年 4月 1日		退職		・職業欄 パート・学生・年金受給者・無職など実態がわかるよう記入する ・年間収入 年間の収入見込額を記入する ※収入額とは給与収入・営業所得・不動産・雇用保険・各種年金・傷病手当金等の収入も含まれる					
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input checked="" type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 同居	職業	令和 年 月 日				
個人番号		異動年月日		異動事由							
		令和 年 月 日									
(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 発行が必要	<input type="checkbox"/> 同居	職業	令和 年 月 日				
個人番号		異動年月日		異動事由							
		令和 年 月 日									

※ 上記、太枠内すべてご記入ください。年間収入（年見込/年金含）・提出日も必ずご記入ください。

※ 1 資格確認書発行要否は、マイナンバーカードを取得していない、またはマイナンバーカードを保有しているが、健康保険証（マイナ保険証）の利用登録を行っていない場合☑をしてください。

※ 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られることがあります。

※ 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。

作成日を記入

令和 7 年 4 月 10 日 提出